Google

This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse http://books.google.com

REVUE MÉDICALE

DE

LA SUISSE ROMANDE

SIXIÈME ANNÉE. — 1886.

GENÈVE. — IMPRIMERIE CHARLES SCHUCHARDT.

REVUE MÉDICALE

DE

LA SUISSE ROMANDE

RÉDACTEURS

JAQUES-L. REVERDIN J.-L. PREVOST

Professeurs à la Faculté de Médecine de Genève,

C. PICOT

Médecin de l'Infirmerie du Prieuré,

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. les Docteurs DUFOUR, médecin de l'Hôpital ophtalmique de Lausanne,
DE CÉRENVILLE, ancien médecin en chef de l'Hôpital de Lausanne,
et LOUIS SECRETAN, médecin de l'Hôpital cantonal de Lausanne,
anciens rédacteurs du *Bulletin*.

SIXIÈME ANNÉE. — 1886.

Vingtième année du *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*.

GENÈVE

H. GEORG, LIBRAIRE ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1886

BOSTON MEDICAL
DEC 12 1896
LIBRARY.

CATALOGUED
DEC 12 1896
E. H. B.

VI^me ANNÉE. — N° 1. 15 JANVIER 1886.

REVUE MÉDICALE

DE LA SUISSE ROMANDE

BOSTON MEDICAL LIBRARY DEC 12 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

Fièvre typhoïde épidémique à la campagne. — Infection par l'eau potable. — Traitement par la méthode de Brand,

Par le Dr J. Ballivet, de Saint-Genis-Pouilly (Ain).

A la fin de juillet 1884 une épidémie de fièvre typhoïde a subitement éclaté à Thoiry, petit village du pays de Gex, dans le département de l'Ain. Elle a duré trois mois et sur une population de 528 habitants, provoqué 73 atteintes et causé 4 décès.

Envisagée surtout au point de vue de son étiologie et du traitement des cas, l'histoire de cette épidémie est pleine d'intérêt. Quant à la symptomatologie, sauf les modifications saisissantes qui lui ont été imprimées par le traitement même et dont à ce propos il sera fait incidemment mention, elle ne m'a pas paru offrir un ensemble de particularités vraiment digne de faire l'objet d'un chapitre spécial.

L'intérêt de l'étiologie de cette épidémie résulte de sa netteté et de sa simplicité même. Le problème s'est en effet posé devant moi dégagé de toutes les complexités qui l'obscurcissent en général, affranchi de toutes les causes d'erreur qui en faussent la solution ou de toutes les incertitudes qui la laissent en suspens. L'importation du fléau a été manifeste et son mode de propagation parfaitement saisissable. L'importation a été d'origine genevoise et la propagation s'est opérée par la voie des eaux potables directement contaminées par les déjections de l'importateur. L'étiologie de cette épidémie réalise donc un type remarquable et, à ce titre seul, elle méritait la relation que je lui consacre dans le premier chapitre de ce travail.

mportance à mes yeux du chapitre relatif au traitement pas moins justifiée. La médication réfrigérante a été quée dans presque tous les cas et la méthode de Brand reuse dans le plus grand nombre possible. Outre l'argu- banal, concernant la valeur thérapeutique de cette mé-, et tiré de ses insuccès et de ses prétendus périls, ses saires se sont plu à invoquer contre elle les difficultés de pplication dans la pratique civile en général et son impos- té matérielle dans la pratique rurale en particulier. Or les tats que j'ai obtenus, et qui sont consignés dans la deuxième e de cette étude, viennent donner à cette accusation un nti formel, puisqu'en pleine campagne, en dépit de la pénu- matériel balnéaire, en dépit des méfiances et des préjugés population, j'ai pu dans l'espace de trois mois administrer de trois mille bains sans autre inconvénient pour l'assis- des malades et pour moi qu'un surcroît de besogne par- nent supporté d'ailleurs.

tte application à peu de chose près systématique de la ode de Brand dans une épidémie rurale n'avait pas encore, e sache, été tentée en France sur une si large échelle. Mais, tte entreprise a quelque mérite, je ne saurais toutefois ibuer à moi seul. Une grande part en revient à mon ami Bouveret, professeur agrégé et médecin des hôpitaux de , qui a assisté avec moi au début du fléau et a bien voulu ses efforts aux miens pour le combattre.

.. ÉTIOLOGIE. — *Milieu épidémique ; régime des eaux po-s.* — Le village de Thoiry, chef-lieu de la commune de ce , laquelle comprend en outre les deux hameaux de Fenières 'Allemogne, est situé à 590 mètres d'altitude, adossé ura, au pied même du Reculet. Quatorze kilomètres le rent de Genève, qui est le débouché commercial et in-riel du pays de Gex, mais en revanche le foyer de ses im-ations épidémiques. Ses 528 habitants forment 159 ménages rtis en 127 maisons. Ces maisons sont disséminées sur une superficie, séparées les unes des autres par des jardins es vergers d'une végétation luxuriante, confortablement truites, propres et pourvues de latrines. Une modeste ice règne dans la plupart des familles ; la pauvreté et la re y occupent cependant une assez large place et c'est dans ilieu que le mal a le plus frappé.

et des plus sains, un courant sensible agite l'at-
nouvelle et l'épure sans cesse.
n dire autant des eaux potables : sous le rapport
té l'hygiène communale présente une immense
ler. Le régime des eaux de Thoiry est en effet
tte affirmation peut à bon droit surprendre si
ue ce village est situé aux pieds d'une montagne,
des plus fertiles et des plus richement irriguées.
jusqu'à ce jour ont reculé devant les dépenses
ır mettre à la portée des ménages les eaux lim-
qui jaillissent de la roche même et s'en vont
iries ou faire mouvoir quelques usines sans avoir
ommation. L'unique source accessible, c'est la
pl. I) ; mais elle est située à une des extrémités
es maisons voisines s'y approvisionnent seules.
t d'ailleurs défectueux en ce sens qu'il a été pra-
gglomération même et qu'aucune protection ne
des souillures qui peuvent y parvenir. La source,
même, peut difficilement s'infecter peut-être,
formée elle s'étale en une nappe de quarante
qui sert à la fois de lavoir public et d'abreuvoir
ux. Un ruisseau, ou plutôt un canal découvert où
ages vont puiser leur eau de boisson, fait suite à
le pollutions multiples et journalières (Voir pl. I,

totalité de la population consomme de l'eau
mi ces puits, les uns sont publics, les autres
miers sont sujets aux mêmes contaminations que
ace aux défectuosités dans la construction des
occlusion incomplète, à la possibilité des infil-
surtout à l'absence de tout règlement assurant
ces pompes une protection effective contre les
rovenant des lavages.
(pl. I) est de toutes les pompes publiques la plus
mois de juillet 1884, en raison de la sécheresse
manque d'eau dans la plupart des puits parti-
rvait presque seule aux deux agglomérations de
Carre et elle était littéralement assaillie. Les
iétaires qui possédaient des pompes encore ali-
ient que juste la quantité d'eau nécessaire pour
leur ménage et ne permettaient pas à leurs voi-
'y approvisionner.

r., 21 ans, est originaire de Thoiry, mais
e il travaille à Genève du métier de cor-
ain il tombe malade. Pendant plusieurs
re de son mal, il reste dans cette ville jus-
oyant incapable de toute occupation, en
ne céphalalgie violente, il vient demander
i habite Thoiry. Il arrive le 6 juillet au
aladie n'est autre qu'une fièvre typhoïde
, en pleine évolution : température 40°,5,
rgouillement de la fosse iliaque droite,
ires, etc., etc. Du 10 au 24, adynamie
stion pulmonaire hypostatique, hémor-
ntinence urinaire. Mais le *symptôme do-*
e en une diarrhée inconsciente, fétide et
ılade inonde journellement de douze à
ar guérir.
nots l'histoire de mon premier malade.
ève mais suffisante pour établir :
t incontestablement la fièvre typhoïde ;
hogène puisé à Genève a été importé à

ndu à profusion. C'est bien le cas de dire
maladie si abondamment pourvue pour
espèce, pouvait difficilement périr faute
ours en effet après l'arrivée de l'impor-
othiénentérique débute autour de lui et,
, 53 cas se produisent.
ıu s'est-il propagé? Suivons pour la dé-
ctions de ce malade tout entières conte-
son lit et voyons où on est allé laver ces
et si fréquemment souillés.
pe publique A et du ruisseau C D. —
ient à cette destination : l'un très rap-
t auquel ou avait recours dans les cas
éloigné, pour les besoins moins pressants.
que le bassin de la pompe publique **A** ;
public B.
est située au centre de l'agglomération
es de la maison n° 1 de l'importateur et
tant donnée cette relation de proximité,
courait déjà le risque d'une infection ;

es les défectuosités de la construction de cette
s imprudences journellement commises par les
argées de laver le linge du malade, on peut se con-
cette infection devenait inévitable.
lle du puits présente des solutions de continuité,
rtes à la contamination toujours menaçante. Le
ttenant à la margelle sur laquelle on dispose tout
nt le linge lavé et encore tout ruisselant pour lui
s s'égoutter... dans le puits. Il est d'ailleurs facile
ou moins fortement agitée dans le bassin par le la-
e de rejaillir dans le puits à travers les solutions de
e la margelle. Enfin les égouts du bassin se rendent
sse non maçonnée, creusée dans le sol à une dis-
ux ou trois mètres du puits et à une profondeur qui
pas la couche de terre végétale très perméable aux

s ce bassin qu'on plonge tous les jours une partie
lé par le malade sans aucun souci d'une désinfection
e linge est lavé tant bien que mal et déposé tout
le puits ou autour du puits qui reçoit tout ce qui
. Quant aux égouts provenant du bassin, ils gagnent
s'infiltrer de là dans le sol.
opération se renouvelle au lavoir B où une partie
lavée sans plus de précautions. Le ruisseau du
ui est la continuation du lavoir entraîne avec lui
illures projetées dans ce lavoir. — Je dois déclarer
ces graves infractions se commettent en dépit de
rmelles prescriptions concernant les mesures à
-vis des déjections du malade. Dès l'apparition des
, je songeai bien à incriminer la pompe A. Mais
sa contamination à des infiltrations parties de
nts du sol où les matières fécales avaient été en-
distance du puits et à une profondeur insuffisantes.
rage du linge souillé dans le lavoir public, une par-
e en avait été le témoin oculaire et j'étais à cet
ment fixé. Je le fus bientôt à l'égard de la pompe.
n soupçon je me place un jour en observation et je
stater *de visu* le délit habituel.
t l'administration communale était prévenue et
mesures en conséquence. Je ne cessais de mon côté
e salutaires avertissements aux intéressés et m'ef-

d'inspirer à la population de Mollard et du Carre la
de ce puits. Ce fut en vain. Les tributaires de la pompe A
l'arrêté municipal qui en interdisait l'usage un accueil
eu respectueux pour leur maire que pour leur médecin.
le ma défense et riant de l'arrêté, ils continuèrent à boire
u contaminée. La résistance d'ailleurs ne fut pas de
durée, car les événements me donnèrent bientôt raison.
eaux de provenance différente sont donc simultanément
s par les déjections de l'importateur :
eau de la pompe A (voir pl. I.) ;
lle du ruisseau C D continuation du lavoir public B.
agation épidémique et première exacerbation. — Or de
trois semaines environ après cette adultération deux
épidémiques commencent à se dessiner correspondant
ment à ces deux foyers de contamination respectif : le
r cercle a pour centre la pompe A dont les rayons pro-
s'étendent sur les agglomérations du Carre et de Mollard
nnent s'y approvisionner ; le second de moindre impor-
st subdivisible en deux qui ont pour centres les points
nts C et D du ruisseau et rayonnent sur les quelques
s de l'agglomération principale qui viennent puiser en
nts.

résence d'une répartition aussi systématique des cas, en
n évidente avec la provenance de l'eau de boisson des
us atteints, guidé d'ailleurs par la notion capitale de la
ination des eaux en A et en B, j'entreprends une enquête
sens. D'une part j'inspecte avec le plus grand soin les
s épargnées et les maisons touchées, concentrant mon
on sur la présence ou l'absence de puits particuliers
issant à ces maisons ; de l'autre j'interroge scrupuleuse-
tous les individus malades et tous les individus sains
nant l'eau qu'ils boivent. Interrogatoire des personnes et
ion des lieux me fournissent sur le mécanisme de la pro-
on épidémique des données absolument concordantes et
s. Ces données sont tout entières contenues dans le plan
age, complément indispensable de cette relation étiologi-
e plan avec le secours des indications et des signes que
introduits (voir pl. 1), a l'avantage de permettre au
de suivre cette répartition des yeux et de lui faire saisir
e avec la même facilité que j'ai éprouvée à la trouver
ême sur le terrain. Je le prie donc de bien vouloir s'y
avec moi.

promenons nos regards sur la partie du village
s agglomérations du Carre et de Mollard. Que
uelques immunités de maisons au milieu de
intes. Des groupes de maisons renfermant plu-
t dans le même groupe un, deux, trois ménages
s morbides d'une part et de l'autre contigu à
ménage ou deux absolument respectés. Quelle
atteintes et quelle est celle des immunités ?
maison de l'importateur n° 1 ; quatre autres
ernent ; sur ces quatre trois sont touchées ; le
st une seconde fois ; une seule reste indemne.
es qui représentent l'itinéraire suivi par les
aisons touchées n°s 1, 5, 7, 13, pour aller puiser
on ; ces lignes nous mènent droit à la pompe A.
maison épargnée dans ce groupe, elle possède
e pompe particulière non contaminée où seule
u de boisson. A 25 mètres de là deux maisons
n° 6 fournit deux malades ; suivons son itiné-
rivons à la pompe A, tandis que dans la cour de
e indemne se voit une pompe particulière qui
aine. Tout au nord et toujours dans ce quartier
ve un groupe de cinq ménages pressés les uns
; trois sont frappés et deux ne le sont pas ; les
ont reliés par leurs lignes à la pompe A où ils
t ; les deux derniers ont une pompe qui leur est
n'est pas contaminée.
t avec mêmes contrastes dans le quartier de
isons n°s 4, 11, 20, 8, 12, 15, 16 sont en relation
A et sont surchargées de malades ; tandis que
tiguës ou voisines se fournissent à des pompes
rivés ou communs, mais exempts de la contami-
age contigu au n° 16 se sert parfois à la pompe
u n'est employée que pour la cuisson des ali-
isson, il ne consomme que du vin et il est épar-

, le Carre réunis comptent 140 habitants répar-
ges. De ces 35 ménages 18 sont complètement
a pompe infectée et ces 18 ménages sont à un
ue éprouvés par le fléau ; 16 ménages s'ap-
des pompes particulières non contaminées et
restent absolument indemnes ; il en est de même
quel on ne boit que du vin.

né dans ces deux agglomérations, à côté de maisons
ıoins sévèrement frappées, s'en trouvent d'autres
ent indemnes. Toutes les atteintes appartiennent à
ıs qui s'approvisionnent d'eau potable à la pompe
contaminée ; toutes les immunités sauf une appar-
des maisons qui s'approvisionnent à des puits ou
rticulières exemptes de contamination ; l'exception
concerne un ménage qui ne fait usage que de vin.
de la pompe A est donc la cause de la propagation
› dans les agglomérations du Carre et de Mollard.
rtons-nous maintenant à l'est du village qu'occupe
e foyer épidémique et du point B, c'est-à-dire du la-
infecté jetons un regard sur l'agglomération qui
Nous ne voyons plus, comme dans les deux agglo-
›récédentes, celle du Carre surtout, quelques immu-
rsées au milieu d'une invasion morbide presque gé-
sont au contraire quelques atteintes isolées au milieu
ɔs infiniment plus nombreuses ; le rapport est l'inverse
nt.
ɛ le ruisseau infecté n'a plus pour tributaire la popu-
ɪue entière de deux agglomérations, comme c'est le
pompe A, mais quelques maisons seulement de l'ag-
n principale. Au point de vue de la provenance de
e boisson les habitants du quartier qui avoisine le
ic se divisent en deux catégories ; les uns et ce sont
mbreux se servent à la source même qui alimente ce
ɜt-à-dire en S, en amont du point contaminé ; les
etit nombre, plus rapprochés du ruisseau que de la
ıt au plus court soit en C, soit en D, c'est-à-dire en
nt contaminé.
i les ménages qui puisent à la source même aucun
ıt ; deux : nos 2 et 19 puisent en C et tous deux sont
ois : nos 18, 21, et 29, en D, et tous trois sont frappés.
on du lavoir public B et du ruisseau C D qui en dé-
ıc la cause de la propagation épidémique dans l'ag-
n avoisinante.
n'est pas tout. Pendant cette même période, du
u 23 août, on voit éclater en divers points du village
etit hameau d'Allemogne, qui n'est distant de Thoiry
lques centaines de mètres, plusieurs autres cas, dans
s qui ne semblent avoir aucun rapport ni avec la

pompe A, ni avec le ruisseau C D. C'est ainsi que les maisons 21, 22, 23, 25, 26, 28, 30, 31 présentent des atteintes contemporaines de celles des agglomérations du Carre, de Mollard et du voisinage du ruisseau. Je me suis livré concernant l'étiologie de ces cas à une enquête minutieuse qui m'a donné les résultats suivants :

Ces malades sont au nombre de dix. Deux d'entre eux sont employés comme charretiers au service de F. L. maître carrier dont le chantier se trouve à peu de distance et sur le chemin de la pompe A en C F L. Ce chantier qui se compose de 17 ouvriers se désaltère avec l'eau de cette pompe. Comme leurs camarades, ces deux malades ont bu de l'eau contaminée et sont atteints l'un d'une forme très grave, l'autre d'une forme légère.

Quant aux autres ouvriers, manœuvres ou tailleurs de pierres, ils restent debout ; mais au nombre de 10 sur 15 ils éprouvent des malaises généraux : fièvre, céphalalgie, embarras gastrique et troubles digestifs, amaigrissement et inaptitude au travail.

Ces troubles divers sont sans doute des manifestations d'une infection typhique puisée à la source A, puisque les ouvriers des autres carrières de Thoiry qui n'ont pas bu de cette eau ne les ont pas éprouvés. Mais cette infection n'a pas été suivie de l'état typhoïde confirmé.

Un troisième malade habite l'agglomération d'Allemogne ; oncle de l'importateur, il lui faisait de fréquentes visites pendant sa maladie et à chacune d'elles il buvait, m'a-t-il avoué, de l'eau contaminée. Les sept autres malades sont des enfants, écoliers ou pâtres, qui pendant leurs vagabondages passaient devant la pompe A ou près du ruisseau C D et buvaient de l'eau contaminée. Parents et enfants ont été unanimes à me faire cet aveu.

Il est difficile de donner à l'étiologie de ces derniers cas une autre interprétation que l'infection par l'eau. Si la cause est autre, pourquoi ces atteintes frappent-elles à des distances si variables et dans des points si opposés des individus qui se sont précisément exposés à la cause incriminée, tandis qu'elles respectent absolument les individus vivant et respirant en plein foyer épidémique, mais ne buvant jamais de l'eau suspecte, comme le prouvent les remarquables immunités du Carre et de Mollard ? Aussi ces cas me semblent-ils de nature à rendre la

démonstration étiologique plus complète et plus saisissante encore.

Telle est l'évolution qui s'accomplit pendant le premier mois, du 23 juillet au 23 août. Au point de vue de la répartition des cas cette exacerbation comprend donc trois catégories : 1° malades des agglomérations du Carre et du Mollard ; 2° malades du voisinage du ruisseau ; 3° malades ayant bu de l'eau infectée en passant, mais dont les ménages n'ont aucun rapport habituel ni avec la pompe A, ni avec le ruisseau. Mais au point de vue étiologique ces malades ne forment qu'un seul groupe, ils sont tous reliés entre eux par la condition commune d'avoir bu de l'eau contaminée. Et cette condition, qui est commune aux malades entre eux, vient en outre constituer la seule différence hygiénique qui les distingue des individus épargnés.

Telle est la caractéristique de cette première exacerbation qui dure du 23 juillet au 23 août et comprend 53 cas.

A partir du 23 août l'épidémie subit une décroissance considérable ; deux cas seulement apparaissent pour la production desquels la même source d'infection peut vraisemblablement être invoquée. Cette décroissance fait espérer une extinction prochaine et définitive.

Recrudescence et fin de l'épidémie, deuxième exacerbation. Mais ce n'est qu'une rémission trompeuse. Dès le 20 septembre en effet, l'épidémie subit une recrudescence qui dure 15 jours et frappe 16 individus ; le 22 octobre elle prend fin.

L'interprétation étiologique des cas de la première exacerbation n'est plus applicable à ces derniers malades qui n'ont bu de l'eau ni de la pompe A, ni du ruisseau C D. On ne peut en outre incriminer ni l'infection secondaire des puits à niveau inférieur par l'intermédiaire des eaux pluviales, ni la généralisation de l'infection de la pompe A à la nappe d'eau commune par voie de propagation souterraine. Impossible de saisir le moindre rapport de cause à effet entre ces nouvelles attaques et l'eau de boisson dont font usage les individus atteints. Le contraste est d'ailleurs frappant entre la distribution irrégulière de ces nouveaux malades aux quatre coins du village et la répartition au contraire systématique des premiers qui étaient pour la plupart groupés autour de la pompe A ou échelonnés sur le ruisseau C D.

A cette recrudescence correspond donc une étiologie nouvelle. La propagation de la dothiénenterie ne s'effectue pas suivant

ɛt l'on ne saurait attribuer à l'eau ce mono-
de tout autre agent de transport. On com-
e même épidémie malgré l'unité de son ori-
ıettre en jeu non plus seulement son véhicule
si une foule d'autres intermédiaires capables
nque d'opérer la transmission morbide.
anés d'un nombre si considérable de malades
ıtrés dans un foyer unique ; ils se sont répan-
ıt de nouveaux foyers et s'attachant à tous
ɔnt rencontrés. L'atmosphère, les pièces de
ants, le linge, les ustensiles de cuisine et les
ls, sont autant de moyens de transport qui ne
dans le cours d'une épidémie de fournir leur
ence propagatrice.
ans la famille J. (maison n° 30) le père seul a
taminée ; cependant 3 enfants et la mère
successivement un mois après lui. Ce ménage
stes exemples de l'encombrement, de la misère
eté réunis : les enfants sont entassés les uns
femme en soignant son mari se salit à son
ɔ de ses déjections et prépare la nourriture de
nême prendre la peine de se laver les mains ;
propre et commune au malade et à tout le reste
ir enfin de ce misérable réduit est confiné et
de germes. Comment dès lors se soustraire à
. les occasions sont si variées et si incessamment
un enfant de deux ans est-il, en raison de son
:e, le seul membre de la famille épargné. Voilà
d'épidémie de maison, de contagion domici-
plexe d'infection dont deux autres ménages
exemples.
utres cas sont attribuables à l'infection par
ɔhérique à courte distance; c'est ainsi que,
e les ai interprétés.
r malade de l'épidémie pourrait être considéré
me un exemple de contagion proprement dite.
nfant de dix ans qui pendant quelques jours a
ême lit que son frère, alors que ce dernier était
èvre typhoïde méconnue par les parents. L'en-
de quinze jours après son frère. Aucun autre
nille qui est très nombreuse n'a été atteint.

Comparée à la grande explosion du début, cette exacerbation terminale en diffère donc d'après ce qui précède : par son infériorité numérique, par l'irrégularité dans la répartition des cas et enfin par la complexité de leur étiologie.

Cette infériorité numérique prouve de combien la combinaison de ces nouvelles causes d'infection le cède en puissance à la contamination seule des eaux potables. Si l'influence propagatrice de ces diverses causes réunies égalait celle de l'eau contaminée, cette dernière exacerbation aurait dû être plus intense que la première, puisqu'elle avait pour théâtre une agglomération plus vaste et plus compacte, puisqu'elle embrassait le village dans toute son étendue. Il n'en fut rien cependant : au lieu d'une propagation confluente, ce fut une dissémination des plus discrètes.

C'est que l'eau joint, à son appropriation comme milieu de culture, une efficacité supérieure comme véhicule du germe de la fièvre typhoïde. Non seulement elle multiplie le germe et le concentre, mais elle lui assure une destination positive ; elle le porte avec elle au contact le plus intime de l'organisme, puisqu'elle le fait déglutir et parvenir sans entrave aux dernières limites de l'intestin grêle, son domicile d'élection et le siège primordial de l'évolution morbide. Or, ni l'atmosphère, ni aucun autre agent de transport ne peuvent réunir ces conditions au même degré. Les germes de l'importateur se seraient-ils répandus dans l'atmosphère ambiante, auraient-ils séjourné dans les latrines, se seraient-ils attachés aux ingesta, fixés au linge, etc., etc., qu'une épidémie discrète aurait à peine éclaté. Ces germes peut-être seraient restés absolument stériles, s'ils n'avaient pas été projetés dans l'eau d'une pompe publique ou d'un ruisseau. De ces considérations il est donc permis de conclure que l'infection des eaux potables joue le principal rôle dans la propagation du germe de la fièvre typhoïde ; que l'influence de l'atmosphère et des autres agents de transport est indéniable, mais secondaire et restreinte, et qu'elle consiste moins à créer les épidémies qu'à les renforcer et à entretenir les endémies par la succession des cas isolés ressortissant à l'ensemble de ces causes.

Causes adjuvantes. — Il me reste pour compléter ce chapitre étiologique à déterminer la part qui appartient dans le développement de l'épidémie de Thoiry à un certain nombre de causes adjuvantes.

Suivant la règle, les deux âges extrêmes ont été épargnés ; le plus âgé de mes malades avait 60 ans, et le moins âgé 2 ans. Les différentes périodes de la vie ont fourni les proportions suivantes : de 40 à 60 ans, 18 cas ; de 15 à 40 ans, 22 cas ; de 2 à 15 ans, 33 cas. La deuxième enfance a été l'âge le plus éprouvé.

Quant au sexe, il n'y a qu'une différence de un au profit de la femme.

La chaleur excessive associée à la pénurie du vin ou des boissons fabriquées a, dans une certaine mesure, favorisé l'extension épidémique. Le mois de juillet est à la campagne le mois des travaux pénibles et de la soif la plus vive. Dans ces deux agglomérations de Mollard et du Carre, on n'avait guère pour se désaltérer que l'eau de cette malheureuse pompe dont chaque habitant buvait des quantités considérables. L'immunité dont a joui le ménage contigu au n° 16, tandis que les deux seuls habitants de ce dernier étaient frappés, prouve jusqu'à quel point cette remarque a sa raison d'être. Ces deux ménages cependant se servent à la pompe A ; mais il y a entre eux cette différence, que l'un est riche et a sa cave pleine ; que l'autre est pauvre et a sa cave vide. Questionné par moi, le chef de la famille riche m'a donné lui-même la raison de son immunité : « Nous ne buvons que du vin. » L'eau de la pompe A n'était employée, je l'ai dit déjà, que pour la cuisson des aliments, c'est-à-dire après une ébullition prolongée, très probablement destructive de tous les germes qu'elle contenait.

L'encombrement et la malpropreté n'avaient aucun rôle à jouer dans la première exacerbation ; l'ingestion d'une eau contaminée étant bien suffisante pour produire l'infection et agissant d'une manière aussi efficace dans les ménages aisés et propres que dans les ménages pauvres et sales ; mais comme nous l'avons vu, dans la deuxième, cette cause a favorisé la transmission du mal d'un individu à sa famille entière, créant ainsi une épidémie de maison. Les épidémies de maison sont en effet, dans une certaine mesure, plutôt le fait de l'encombrement et de la malpropreté.

A ne considérer que les deux agglomérations de Mollard et du Carre, cette épidémie a été comme morbidité d'une intensité extraordinaire. Le tiers de la population a été touché, et les deux tiers des sujets soumis à la cause en ont éprouvé les effets. Ainsi sur 69 individus qui buvaient de l'eau contaminée 44 sont tombés malades. Si une telle proportion se réalisait dans une

vie de 10.000 habitants. La mortalité s'augmenta par le chiffre de 31 à 40.00 habitants.

Une épidémie à marche lente s'explique soit d'abord par la première mise de la cause infectieuse germes typhiques répandus à profusion, nombreux et multipliés dans l'eau d'un puits, mais elle s'explique aussi par une réceptivité exceptionnelle de la part des sujets. Le défaut d'accoutumance au poison typhique qui est propre aux populations rurales réfractaires à l'endémicité, constitue la meilleure des prédispositions à l'égard de l'épidémicité. C'est le cas de Thoiry où des années s'écoulent sans qu'on observe une seule fièvre typhoïde.

Résumé. — Telle est l'histoire étiologique de cette épidémie; j'en résume les principaux traits suivant leur ordre évolutif :

6 juillet. arrivée de l'importateur.

Du 10 juillet au 1er août, infection du puits A et du lavoir B par lavage du linge souillé de l'importateur.

Du 23 juillet au 23 août. propagation épidémique ayant pour principaux foyers le Mollard et le Carre qui s'approvisionnent à la pompe infectée, et pour foyer moins important la partie de l'agglomération principale, qui comprend les quelques ménages qui s'approvisionnent au ruisseau dérivé du lavoir B; c'est la première exacerbation ; elle compte 53 cas :

Du 23 août au 20 septembre : rémission, deux cas seulement.

Du 20 septembre au 22 octobre, exacerbation secondaire et finale; 17 cas.

L'influence des sources d'infection A et B est secondée par un certain nombre de circonstances adjuvantes en tête desquelles se place la prédisposition par défaut d'accoutumance.

Localisation de l'épidémie. — Sauf deux éclaboussures, l'une à Sergy, distant de trois kilomètres de Thoiry, l'autre à Saint-Genis-Pouilly, distant de quatre kilomètres, le mal est resté contenu dans ses premières limites. Quelques mots sur chacun de ces deux cas, pour montrer comment ils se rattachent à l'épidémie de Thoiry. Le premier (cas de Sergy), est un exemple d'incubation à durée exceptionnellement longue; il concerne un individu qui, au début du fléau, était domestique dans la maison n° 29, si fortement éprouvée. Comme tout le personnel de ce ménage, il buvait de l'eau du ruisseau contaminé. Au premier cas qui éclate chez ses maîtres, il est saisi d'épouvante, prend la fuite le 8 août et va se placer chez un propriétaire de Sergy. A partir de ce moment, il cesse toute relation avec Thoiry et se

s le 20 septembre il est pris de fièvre ty-
chez lui aurait donc été pour le moins de
tera que le sujet a pu être soumis, depuis
causes d'infection ; mais comment se fait-il
duise à Sergy, et qu'il atteigne justement
ce village qui ait été soumis à la même
ion que les malades de Thoiry ?
urnir l'explication du cas de Saint-Genis-
ouche de près, le sujet de l'observation
très proche parente qui a habité seule
e partie de l'épidémie, et qui depuis long-
rapport ni avec Genève, ni avec Thoiry.
e de Saint-Genis tombe précisément dans
n. Y a-t-il là une relation de cause à effet ?
urais affirmer avec preuves irréfutables à
à cet égard, ma conviction personnelle est
dère comme l'auteur authentique de cette

ptions à la localisation de cette épidémie
cette localisation elle-même en faveur de
ort atmosphérique des germes à de grandes
en être de la fièvre typhoïde comme du

alades, parmi lesquels il y a eu 4 décès,
ette épidémie.
soignés par d'autres praticiens que moi, et
st mort 1.
onc étranger, et je ne le ferai pas entrer
; il concerne une jeune fille de 20 ans,
l'épidémie et qui, transportée à l'hôpital,
uzième jour de sa maladie ; elle n'a pas été

é traités par moi, et dans ce nombre, 3 seu-

(*A suivre*).

Note relative à l'atrophie unilatérale de la colonne de Clarke observée chez un jeune chat, opéré à la partie inférieure du bulbe rachidien dans la première quinzaine après la naissance,

par le Dr N. Lœwenthal,

chargé de cours d'histologie à l'Académie de Lausanne.

L'atrophie mentionnée dans le titre de cette note a été constatée dans les circonstances suivantes :

Le 27 juin 1885 j'ai coupé le segment dorso-latéral de la partie inférieure du bulbe rachidien, du côté droit, sur un petit chat de 12 à 14 jours, anesthésié par l'éther, à l'aide d'un scalpel introduit par l'espace compris entre l'os occipital et l'arc postérieur de l'atlas. L'opération fut pénible à cause de l'hémorragie assez abondante qui l'accompagna. Deux fois pendant le premier quart d'heure après l'opération le petit chat cessa de respirer. Pour qu'il ne succombât pas à l'asphyxie, je n'ai pas discontinué pendant ce temps de comprimer avec la main d'une manière rythmique, la région latérale du thorax, pour maintenir la respiration artificielle. Enfin, la respiration spontanée étant devenue régulière, le petit chat a été rendu à la chatte.

Le lendemain il fut trouvé vivant; il était au chaud, auprès de la mère avec deux autres petits; les lèvres de la plaie à la nuque n'étaient pas écartées.

Le cinquième jour après l'opération, les lèvres de la plaie cutanée étaient réunies par première intention dans presque toute leur étendue. J'ai enlevé les sutures qui n'étaient heureusement pas arrachées par la chatte. Le petit allait bien. L'opération qu'il avait subie ne l'a pas empêché de téter.

Vers la fin de juillet le petit chat, bien portant, circulait dans la caisse qu'il habitait avec la chatte; il manifestait des signes évidents de sensibilité, lorsqu'on pinçait la membrane interdigitale d'une extrémité, antérieure ou postérieure.

Dans le courant de la première semaine du mois d'août, le petit chat fut atteint de diarrhée et avait beaucoup maigri. Il ne bougeait presque pas, avait l'air abattu et perdait évidemment ses forces. La dénutrition augmentant toujours, je me

suis décidé d'en finir. Je l'ai chloroformé à mort le 7 août après midi, 6 semaines après l'opération.

A l'autopsie, pratiquée immédiatement après la mort, j'ai constaté que la cicatrisation de la plaie à la nuque était parfaite. Au niveau de la membrane occipito-atloïdienne, il existait un épaississement cicatriciel d'un blanc nacré. La face dorsale de l'arc de l'atlas était irrégulière, rugueuse. L'apophyse épineuse de l'axis était manifestement hypertrophiée. Les méninges crâniennes n'étaient pas altérées. La pie-mère, très pâle et transparente, n'était pas épaissie. Les hémisphères étaient symétriquement conformés. Le gyrus sigmoïde du côté gauche était un peu moins large que celui du côté droit. Mais ce sont là des petites variations auxquelles on ne saurait attacher aucune importance. Les méninges rachidiennes, extrêmement pâles, ne présentaient, d'ailleurs, rien d'anormal. La moelle avait bonne consistance; la substance grise était très pâle sur la coupe. Il n'y avait, en résumé, aucune complication inflammatoire, ou autre, du côté de l'axe céphalo-rachidien.

Quant aux viscères thoraciques et abdominaux, qui pour nous ne sont que d'un intérêt tout à fait subordonné, notons que les poumons étaient parsemés de petits nodules grisâtres, compacts et assez durs au toucher. Les viscères abdominaux frappaient par leur pâleur. Le foie, de coloration jaunâtre, ne contenait que très peu de sang.

L'encéphale et la moelle épinière ont été durcis dans le liquide d'Erlicki. M'étant aperçu que ce mélange avait produit dans la moelle des dépôts bruns foncés très gênants, j'ai transporté pour quelques jours la pièce tout entière, divisée en plusieurs morceaux, dans une solution d'acide chromique à ½ %; cet acide dissout très rapidement et parfaitement bien les dépôts que produit souvent le mélange d'Erlicki. La pièce fut ensuite mise dans l'alcool à 70°, renouvelé plusieurs fois, pour la laisser dégorger et fut conservée finalement dans l'alcool à 82°. Les coupes faites au niveau de différentes régions du bulbe rachidien et de la moelle épinière ont été colorées par le carmin ammoniacal, ou par l'hématoxyline de Weigert et conservées dans le baume du Canada.

A l'examen histologique de la région du bulbe sur laquelle avait porté la lésion expérimentale, j'ai constaté que la cicatrice empiète sur le segment dorso-latéral du bulbe rachidien du côté droit, au niveau de l'entre-croisement inférieur des pyra-

mides. La cicatrice a une direction oblique, ascendante vers le haut ; ce qui fait que les parties du bulbe intéressées à la limite inférieure (distale) de la cicatricee et à sa limite supérieure (proximale) ne sont pas les mêmes. En remontant depuis la partie inférieure de l'entrecroisement des pyramides vers sa partie supérieure la cicatrice apparaît d'abord seulement au niveau du cordon cunéiforme de Burdach, s'étend plus haut à la tête de la corne postérieure et à une partie du processus réticulaire ; encore plus haut, déjà au niveau d'apparition du noyau antéro-latéral, elle finit par envahir la partie périphérique du bulbe comprise entre ce dernier noyau et la substance gélatineuse. L'extrémité inférieure du noyau antéro-latéral lui-même n'est que légèrement atteinte à sa partie dorsale ; le reste de ce noyau, la substance blanche du bulbe qui le couvre extérieurement de même que toute la partie ventrale du bulbe, se trouvent hors de la cicatrice.

Signalons encore qu'au niveau de la partie supérieure de la cicatrice on voit apparaître une cavité pathologique qui se présente sur les coupes sous forme d'une fente, située le long de la limite ventrale de la tête de la corne postérieure. Cette fente pathologique s'étend, vers le haut, au-dessus de la limite supérieure de la cicatrice, et finit par disparaître sur les coupes portant sur l'extrémité inférieure de l'olive.

En passant, maintenant, en revue chacun des faisceaux médullaires qui ont présenté une solution de continuité plus ou moins complète au niveau de la cicatrice, nous constatons ce qui suit : Du cordon de Burdach il ne reste conservé que sa partie profonde et interne, c'est-à-dire celle qui est dirigée vers la substance grise médiane. Le faisceau cérébelleux est presque totalement intercepté. Tout au plus sont conservées les fibres dispersées en dehors du noyau antéro-latéral. La solution de continuité du faisceau pyramidal n'est pas complète ; nous avons vu, en effet, qu'au niveau de la partie inférieure de l'entre-croisement des pyramides, la région du processus réticulaire est encore en grande partie intacte ; par conséquent celles de fibres du faisceau pyramidal qui ont déjà subi l'entre-croisement au niveau susdit, ont dû nécessairement échapper à la lésion expérimentale.

Les parties de la substance grise atteintes au niveau de la cicatrice sont : le noyau du cordon de Burdach, la tête et le cou de la corne postérieure, la substance grise du processus

. partie dorsale du noyau antéro-latéral au niveau
nité inférieure. Signalons tout spécialement que le
est seulement un peu déformé, mais a échappé à

de cette note ne nous permettent pas d'entrer
amples détails, qui sont réservés pour le travail
mpagné de figures. Ce qui vient d'être exposé
nner une idée précise sur le siège et sur l'étendue

ıintenant aux atrophies secondaires consécutives
ı bulbe rachidien et disons tout de suite que la
étaillée des atrophies qui se sont déclarées dans la
gée dans la direction *ascendante*, ne peut guère
dans cette note. D'un autre côté ce ne sont pas
atrophies qui donnent un intérêt plus particulier
ience ; aussi ne nous bornons-nous qu'à les signa-
ıairement.
ux qui ont subi l'atrophie dans la direction *ascen-*
e faisceau cérébelleux et le cordon cunéiforme de
ôté correspondant à la lésion bulbaire. On con-
une atrophie assez notable de la pyramide et une
re de la portion sensitive des pyramides, du côté

du cordon de Burdach fortement atrophié et dé-
ellules au commencement, se développe assez
mesure qu'on s'éloigne de la cicatrice dans la
endante ; mais il reste cependant moins volumi-
ıt moins de cellules ganglionnaires et moins de
ses médullaires. L'atrophie est beaucoup plus pro-
partie externe du susdit noyau qu'à sa partie
oyau antéro-latéral est légèrement atrophié dans
le la cicatrice ; dans les niveaux plus éloignés on
as de différence bien appréciable dans le dévelop-
noyau de deux côtés. Les olives sont également
les deux côtés.
rincipal de cette expérience est dû à ce qui a été
la moelle épinière, c'est-à-dire dans la direction

ıisceau pyramidal qui présente une dégénération
hie très appréciables dans la région cervicale,
e cordon cunéiforme de Burdach qui présente une

n plus ou moins manifeste, mais qui disparaît déjà
artie inférieure de la région cervicale ; de sorte qu'au
cement de la région dorsale, c'est le faisceau pyrami-
qui présente encore l'atrophie secondaire. Le dévelop-
lu faisceau cérébelleux n'offre pas de différence appré-
deux côtés. L'atrophie du faisceau pyramidal ou, pour
re, la rétraction de la partie dorsale du cordon latéral,
suivie jusqu'à la partie supérieure de la région lom-

e qui fut une surprise pour nous-même, et c'est là le
nous voulons surtout relever dans cette note, c'est *la*
on plus ou moins complète des cellules ganglionnaires
nne de Clarke que l'on constate, du côté correspon-
a lésion bulbaire, depuis environ la 6me paire dorsale
a 3me paire lombaire.
, intéressant mérite d'être étudié de plus près. Déjà
quatrième et cinquième paires dorsales on ne peut pas
ltre qu'il existe une certaine différence dans le nombre
e développement des cellules de la colonne de Clarke
côtés. Cependant la chose reste équivoque, vu que les
de la colonne de Clarke ne forment pas à ce niveau,
chat que j'ai examiné, un groupe bien circonscrit. En
u canal central de la moelle, entre celui-ci et la corne
de la substance grise se trouvent de grandes et belles
multipolaires plus ou moins dispersées, dont la dispo-
le nombre ne présentent pas de différences bien tran-
s deux côtés. Eh bien! à ce niveau on est souvent fort
sé pour décider où se trouve la démarcation entre ces
s cellules et les cellules de la colonne de Clarke.
'est depuis la sixième paire dorsale que l'atrophie de
ne de Clarke du côté de l'opération devient frappante.
siper tout soupçon que j'aie pu me laisser tromper par
rences plus ou moins marquées, que l'on observe même
imal normal, en comparant le nombre de cellules dans
nce grise de deux côtés de la moelle, il suffit de dire
préparé sur la moitié inférieure de la région dorsale
l nombre de coupes en procédant méthodiquement de
paire.
ue pour m'assurer d'une différence réelle, j'ai fait de
inférieure de la région dorsale et du commencement
ion lombaire une collection de 300 préparations. D'ail-

'agit pas de différences insignifiantes. Tandis que
on constate sur les coupes au niveau de la colonne
lusieurs (j'en ai compté jusqu'à 8) belles et gran-
, qui au point de vue de leurs diamètres ne cèdent
cellules de la corne antérieure, du côté affecté au
on ne trouve pas une seule cellule pareille, sur un grand nombre de préparations. La colonne de Clarke affectée présente sur ces coupes une rétraction bien prononcée. La disparition des grandes cellules de la colonne de Clarke n'est cependant pas *absolue;* çà et là on rencontre sur les coupes et du côté affecté une, deux, rarement trois cellules; mais ces cellules sont en général plus petites et même notablement plus petites que leurs congénères du côté sain.

Je parle expressément jusqu'à présent des grandes cellules que l'on trouve au niveau de la colonne de Clarke; outre celles-ci, il existe encore des cellules beaucoup plus petites, arrondies ou légèrement ovalaires et qui rappellent tout à fait d'après leur forme et leur grandeur les cellules de la substance gélatineuse de la corne postérieure. Le nombre de ces petites cellules de la colonne de Clarke ne m'a pas paru différer sensiblement des deux côtés.

Je me hâte encore d'ajouter que dans certaines coupes, on ne constate point de grandes cellules au niveau de la colonne de Clarke des *deux* côtés. Ceci s'explique tout simplement par le fait que les cellules de la colonne de Clarke sont disposées d'une manière plus ou moins échelonnée.

Pour contrôler le résultat fourni par les sections transversales, j'ai fait un certain nombre de coupes longitudinales. Ces dernières sont plus difficiles à interpréter à cause de la difficulté de bien orienter les coupes. Mais sur des sections bien conduites la différence dans le nombre des cellules de la colonne de Clarke des deux côtés est très bien marquée.

J'ai encore examiné plusieurs moelles de chat du même âge à peu près que celui que j'ai opéré, mais qui n'avaient point subi de lésion expérimentale ni à la moelle allongée, ni à la moelle épinière; je n'ai rien trouvé d'analogue à ce que je viens de décrire. Chez un jeune chat auquel j'ai extirpé le gyrus sigmoïde du côté gauche environ 2 semaines après la naissance, mais qui est mort 10 jours après l'opération, les cellules de la colonne de Clarke étaient aussi nombreuses et aussi bien développées du côté droit que du côté gauche.

Il s'agit donc bien réellement dans l'expérience que j'ai résumée dans cette note, de la disparition plus ou moins complète des grandes cellules de la colonne de Clarke, très bien accusée depuis le milieu de la région dorsale jusqu'au niveau de la troisième paire lombaire, du côté correspondant à la lésion bulbaire.

Tels sont les faits. Je vais y ajouter quelques réflexions.

On est porté à admettre avec Flechsig que le faisceau cérébelleux tire son origine des cellules ganglionnaires de la colonne de Clarke et qu'il se rend dans le cervelet. On sait que le dit faisceau dégénère dans la direction ascendante; son centre nutritif doit par conséquent se trouver quelque part en bas, dans la moelle épinière. Dans notre expérience le faisceau cérébelleux était séparé de ses communications avec le cervelet au niveau de la lésion expérimentale; la preuve en est qu'il est dégénéré et s'est atrophié *au-dessus* de la lésion bulbaire. Mais nous constatons *en plus* la disparition plus ou moins complète des cellules de la colonne de Clarke correspondante, et néanmoins le faisceau cérébelleux est resté intact tout le long de son trajet médullaire, au-dessous de sa solution de continuité, ce qui parle contre l'hypothèse que le faisceau cérébelleux tire son origine des cellules ganglionnaires de la colonne de Clarke.

Une autre question qui se rattache à l'expérience que nous avons décrite, est celle-ci : L'atrophie de la colonne de Clarke s'est-elle déclarée indépendamment de la lésion expérimentale, ou *à la suite* de cette lésion, et dans ce dernier cas à laquelle des parties de substance blanche ou grise interceptées doit-on rapporter l'atrophie signalée ? Il serait prématuré de vouloir aborder la seconde moitié de la question avant d'avoir résolu la première. Il faut d'abord, en effet, se demander si nous ne sommes pas en présence d'une atrophie unilatérale primaire, accidentelle, d'une asymétrie congénitale peut-être ? La lésion expérimentale du bulbe rachidien n'aurait alors rien à faire avec l'atrophie de la colonne de Clarke.

A cela nous avons à répondre, qu'à part de la disparition plus ou moins complète des grandes cellules de la colonne de Clarke, on ne constate aucune autre altération de la moitié correspondante de la substance grise. Le canal central n'est pas dilaté, et son épithélium est intact.

Si nous mentionnons plus spécialement l'état du canal cen-

g a décrit dans son livre un cas remar-
génitale et bilatérale du faisceau cérébel-
térieur, due probablement à la dilatation
ntral de la moelle au niveau de la région
bahnen etc., remarque, p. 245.) Rien de
D'un autre côté, la colonne de Clarke du
n peu atrophiée et ne contenant presque
s, est cependant bien indiquée. Les fibres
upes transversales, se porter du cordon
onne de Clarke, existent également du

t que cette lésion si bien localisée soit
soit consécutive à la lésion expérimentale;
n préjuger la question. On a beau accu-
probabilité, elles ne deviennent pas pour
certitude. Pour trancher définitivement
nterprétations possibles est la vraie, il faut
lles sur des animaux nouveau-nés.

Sur le massage,

lu à la Société vaudoise de médecine,
4 avril et le 4 juillet 1885,

Par le Dr C. Roux

(Suite [1])

orsion des plus fréquentes, celle de l'arti-
ne : on commence par l'effleurage centri-
deux minutes, en ayant soin d'augmenter
des mouvements des doigts, afin d'anes-
ment la région fortement tuméfiée et dou-
passe aux frictions (avec les pouces et les
d'abord au-dessus de l'articulation, le
r *faire le vide,* puis petit à petit sur toute
que le malade est un peu habitué à toutes
-à-dire après plusieurs minutes, on presse
l'œdème et on pénètre jusque sur la cap-

ontournant la malléole et passant sur le
ue de la sorte en faisant de temps à autre,
sse plus étendue sur le pied et la jambe,
e partout sentir exactement les contours
natomiques. La tuméfaction n'a pas com-
ais elle est plus molle ; elle s'est étendue
e de la jambe et l'on peut appliquer une
dérément l'articulation.
promettre que la station debout et la
au début, seront la récompense d'une
utes par la méthode Mezger, tandis que
louce demanderait 1 ½ à 2 heures pour
t.
le retour trop rapide de la tuméfaction,
us de fermeté et au malade plus d'assu-
e. Celui-ci peut et doit marcher [1] ; mais
il sent venir la fatigue, puis la douleur.
elle séance, après laquelle il peut recom-
l'exercice, ou bien on le laisse repo-
in, selon qu'il désire être plus ou moins
n effet faire une, deux ou trois séances

guin est généralement beaucoup plus
us et surtout en avant de la malléole
le plus fréquent de l'accident et la dis-
il se répand le long de l'insertion de la
us les tendons des muscles antérieurs de
nément, soit plutôt sous l'influence du
urs remarqué dans les massages subsé-
extraordinaire à cette partie antérieure
la jambe. On fera bien d'en prévenir le
la coloration ecchymotique de toute la
u), qui apparaîtra bientôt dans les cas
leure preuve qu'on a réussi à faire remon-
g extravasé en un point.
si d'une sensibilité exceptionnelle à la
tion calcanéo-cuboïdienne; elle est due
ribution de l'épanchement le long d'un

[1] Il importe que le malade, après une séance quelconque de massage, ne ressente aucun de ses mouvements gênés ou douloureux.

tendon (peronaeus tertius) ou à une distorsion spéciale de cette petite articulation, dont le mode de production de l'entorse rend fort bien compte.

Quelquefois la douleur en cet endroit est augmentée par la présence de varices, qui sont pour le masseur une complication fort désagréable de l'entorse. Non seulement elles favorisent l'enflure et retardent la guérison, mais souvent elles nécessitent l'interruption du massage, à cause des thromboses qu'elles présentent çà et là après cet accident.

Voici quelques exemples parmi les distorsions que j'ai traitées par le massage :

Obs. I. — Mlle B... se fait, le 28 juin 1884, une entorse du pied gauche, de moyenne intensité ; pas d'épanchement articulaire. Le 30 toute la région est fortement tuméfiée, y compris le dos du pied et le tiers de la jambe. Mouvements passifs très douloureux. La malade essaie de se lever, mais elle pousse un cri et ne peut s'appuyer sur son pied. Après 15 minutes de massage, elle se tient debout sans douleur et marche autour de la chambre. Le 1er juillet elle reste debout tout le jour, le 2 elle sort et, le 4, la dernière séance précède une longue promenade. Guérison complète en 4 séances.

Obs. II. — L. manœuvre, se fait une entorse violente et ne peut rentrer en ville; on l'amène en voiture après deux jours. Son état est à peu près le même que celui de Mlle B. Station debout impossible. Après le massage, L. peut marcher au pas militaire. Guérison complète après trois séances : la dernière après un jour d'intervalle, comme pour la jeune B.

Obs. III. — M. G. fait le 18 janvier 1885, à 5 heures du soir, une chute d'un mètre et demi et tombe sur le pied en supination. A 11 heures, il présente une tuméfaction circonscrite sur la malléole externe, formée évidemment par du sang, et une bosse également bien limitée à 7 centimètres au-dessus. A première vue, je diagnostique une fracture du péroné. Je masse légèrement ces deux places, pour fixer mon diagnostic, que la palpation simple a déjà rectifié. Il s'agit simplement d'une distorsion du pied et d'une contusion du péroné. Compresses froides. Le matin, la tuméfaction est beancoup plus étendue. Station debout impossible. Massage. Exercice. Le surlendemain, après 36 heures, dernière séance à domicile. Dès lors le malade vient chez moi se faire masser et peut vaquer à ses affaires. Guérison complète en 9 séances, 16 jours : le malade est assuré contre les accidents !

Obs. IV. — M. M. tout fraîchement assuré, tombe dans son escalier et se fait une violente distorsion du pied droit, dans la nuit du 22 juin 1884. Mouvements actifs et passifs très douloureux. Le matin la tuméfac-

tion est très considérable et, après massage, on peut s'assurer qu'il y a épanchement articulaire. Séance de 20 minutes très douloureuse. Mar possible après et pas avant, comme la station debout [1]. *Combinaison la compression élastique et du massage avec mouvements, d'emblée.* Ap 6 séances le malade, invité à le faire dès la quatrième, vient se fi masser chez moi ; il va à ses affaires; les séances sont espacées et du on passe au 20 et 32me jour de maladie. Guérison complète en 10 séan au bout de 45 jours ; à ce moment le malade voyageait déjà depuis lo temps pour son commerce.

Obs. V. — Un autre cas, celui de M. O. propriétaire, compliqué varices, qui ramenaient assez vite la tuméfaction, donna pourtant un ex lent résultat. Chute d'un mètre, sur le pied gauche en supination. Dis sion simple. Massage très douloureux sur certaines veines. Guérison c plète en 9 séances et 8 jours. Bande élastique.

Obs. VI. — M. F. Distorsion et contusion de l'articulation radio pienne, après une chute de 3 mètres. Épanchement articulaire. Guéri complète en quatre séances, les dernières à quelques jours d'interv avec essai de massage par le malade lui-même.

Obs. VII. — M. B., professeur. Chute dans un escalier ; distorsio genou portant sur le ligament latéral interne. Pas d'épanchement ; tu faction sur la face interne du genou. Mouvement de latéralité doulour Le malade qui ne pouvait se tenir debout, le peut après le premier s sage. Depuis la quatrième séance il reste debout tout le jour. Il joui la fonction complète de sa jambe dès le 8me jour ; mais il ressent de te à autre quelque douleur sur le bord du ménisque articulaire. Guér après 8 séances, les dernières assez espacées.

La douleur sur le ménisque s'explique parce que, outre la distor causée par un mouvement de latéralité, l'interligne articulaire a fr contre l'arête d'un escalier.

Vous remarquez, Messieurs, que dans chacun de ces cas derniers massages ont été faits à un ou plusieurs jours d tervalle, ce qui prolonge la durée de la guérison complèt semble diminuer l'avantage que pourrait avoir sur les au ce mode de traitement ; mais n'oubliez pas que ces mala étaient en état de vaquer à toutes leurs occupations longte avant la *restitutio ad integrum*.

Diminuer autant que possible, voire même au prix de q ques douleurs, la durée de l'incapacité de travail me sem devoir être actuellement la préoccupation constante du m

[1] C'est le second cas où j'ai employé le procédé. Voir cette *Revue*, 1885, p. 1

cin, pourvu que le moyen d'y parvenir ne compromette en rien la guérison définitive. C'est, comme je l'ai dit, l'avantage capital du massage qui rend au travail bien des journées perdues autrefois.

Il va sans dire que dans les questions d'assurance il y a lieu de tenir compte, à l'amiable, de la différence entre la guérison nctionnelle et la restitution complète.

Pour le dire en passant, l'articulation du pied est une de cels qui se massent le plus facilement. Il faut suivre la distribun de la capsule articulaire en remontant derrière et devant aque malléole, et avoir soin de faire étaler cette membrane ndant le massage en plaçant le pied dans l'extension, puis la xion complète. De cette façon on peut, lorsque c'est nécesire, presser ou écraser les productions synoviales pathologies contre le col et la poulie de l'astragale, soit en avant, soit rrière les malléoles.

Dans les *luxations* et *fractures* j'ai eu l'occasion d'employer massage :

Soit *comme moyen de diagnostic,* ce qui ne peut absolument s nuire au malade si on le fait prudemment, et qui permet de ser un diagnostic absolument exact ;

Soit pour remplir pour les *luxations réduites* la même indition que dans la distorsion ;

Soit enfin pour obtenir d'un cas malheureux toute la valeur écanique possible : je veux parler ici des *fractures intraarulaires atypiques* combinées ou non avec luxation. Dans n des cas on masse pour conserver au membre sa mobilité, uitte à avoir recours plus tard à une opération pour extraire fragment, devenu corps libre par exemple, ainsi que cela ut arriver au coude, etc. ; dans l'autre cas on emploie les anœuvres pour conserver la fonction en évitant une opéran (Malgaigne).

Je citerai une luxation sous-coracoïdienne avec fracture du l anatomique de l'humérus, chez un horloger. La réduction ne ussit que pour la diaphyse, tandis que la tête resta en avant bord de la cavité glénoïde. Je renonçai à l'excision du fragent, comme aussi à la méthode qui consiste à laisser guérir fracture avant de réduire la luxation, et bien m'en prit; ndividu se sert de son bras avec une grande habileté. J'avais mmencé le massage dès la cinquième journée, d'après le conil du Dr Niebans jun.

On a essayé de traiter d'emblée par le massage les *fractu transverses de la rotule*, et les cas rapportés par Schreiber Nordström ne semblent pas donner des résultats inférieurs a méthodes ordinaires. Je n'ai malheureusement pas eu l'oc sion de rencontrer dans ma pratique une lésion de ce gen mais je n'hésiterais pas à la traiter d'emblée par le massa Les essais deviennent chaque jour plus nombreux [1] et bien on verra la plupart des chirurgiens reculer devant les dang du traitement opératoire de la fracture de la rotule et préfé le résultat fonctionnel à la consolidation osseuse des fragme dans une articulation, déplorable au point de vue fonctionnel

« Nous aurons une pseudarthrose, soit; tâchons d'en tirer meilleur parti possible [2]. »

« L'ennemi que le chirurgien tient à combattre c'est l'i mobilité ultérieure. Peu importe la soudure, elle se fera comm elle pourra par la *vis naturæ medicatrix*. M. Mezger qui introduit ce mode de traitement dans la thérapeutique ne se ble avoir qu'une confiance limitée dans les procédés chirur caux destinés à limiter l'étendue du nouveau moyen d'uni des fragments. Quoi qu'on fasse, le patient conservera une ar malie du genou ; le mieux c'est qu'il s'habitue à en ressentir moins possible les effets ; qu'il puisse de très bonne heure s'h bituer à la flexion, à l'extension, à la sustentation, comme rien ne s'était passé ; les mouvements actifs et passifs so commencés le lendemain même de l'accident, dès que par massage on a pu les rendre tolérables [3]. »

Ces lignes de Norström peuvent s'appliquer aussi à la fr ture de l'olécrane, qu'on peut comparer à celle de la rot sous plus d'un rapport, ainsi qu'à plusieurs formes de fractu du coude dans lesquelles le massage donnerait certaineme un résultat supérieur à celui de l'immobilisation prolongée.

Cette idée n'est du reste pas neuve.

La luxation des ménisques interarticulaires donne lieu diverses manipulations ; mais c'est surtout à cause de ses co séquences que cette affection rentre dans le domaine du ma sage, ainsi que nous le verrons plus tard, à propos de l'infla mation chronique de ces organes.

[1] Tillaux, Congrès de chirurgie de Paris. V. *Semaine médicale*, 15 avril 1885.

[2] Dr G. Norstrom, *Traité théorique et pratique du massage*, p. 154.

[3] *Ibidem*, p. 158.

On peut en dernier lieu avoir recours au massage dans les cas de luxation et de fracture uniquement pour calmer la douleur. Lorsque le repos, la fixation dans un appareil, ne suffisent pas, on obtient par l'effleurage une diminution rapide des souffrances et certains praticiens ménagent dans leurs appareils une sorte de fenêtre pour pouvoir à volonté soulager leurs malades.

Remarque. Il va sans dire qu'on évite de produire par le massage la transfixion de vaisseaux importants sur les fragments osseux pointus et qu'on ne s'expose pas à tuer son malade par embolie, en massant des varices thrombosées ou des foyers de caillots sanguins, où l'on peut supposer des ouvertures considérables dans les parois vasculaires.

Avant d'aborder les épanchements articulaires d'origine inflammatoire, je ferai remarquer que je réserve, selon Kocher, la dénomination de *synovite* pour les processus affectant exclusivement la membrane synoviale et les ligaments ou parties molles articulaires, tandis que sous le nom d'*arthrite* je désignerai l'inflammation de l'article, lorsqu'elle part des extrémités osseuses ou lorsqu'elle a envahi secondairement les cartilages et les os sous-jacents; c'est-à-dire que j'appellerai synovite l'arthrite des auteurs français et arthrite leur ostéo-arthrite, la panarthrite.

La *synovite séreuse aiguë,* d'origine *traumatique, rhumatismale,* mono ou polyarticulaire, et même *blennorrhagique* est un excellent sujet de massage, pourvu qu'on ait soin de tenir compte de l'infection et de son intensité dans les cas où celle-ci est la vraie cause de l'épanchement. On a comme criterium théorique le trouble plus ou moins accentué de l'exsudat, la présence de dépôts fibrineux, etc.

A l'observation de la première catégorie rapportée à la séance de février dernier par M. le Dr Dentan[1] je veux ajouter celle que je fis en mai 1884 :

M. Sch. tailleur, tombe d'un banc et se frappe le genou contre un poêle, le 13 mai. Remis de sa douleur, il ne sent qu'un peu de difficulté à marcher. Le lendemain, 14, je le trouve avec un épanchement considérable du genou. Une ponction exploratrice antiseptique me donne un sérum légèrement san-

[1] Voir *Revue médicale*, 1886, nº 4, p. 247.

guinolent (seringue Pravaz). Le massage et la compression élastique eurent bientôt raison de l'exsudat, et, après trois séances, je ne pouvais le 17 mai retrouver trace d'épanchement, résultat qui s'est maintenu, à mon grand étonnement.

Remarque. Un fait sur lequel je n'ai pas suffisamment insisté à propos du traitement de l'hémarthrose, c'est que le malade est invité à marcher (ou à mouvoir le bras) dès le début : je lui apprends à enlever et appliquer la bande élastique plusieurs fois dans les 24 heures et il la porte ou l'enlève à volonté pour les exercices. Les variations brusques et fréquentes dans la pression intraarticulaire me semblent, pour la résorption, tout aussi efficaces et en tout cas moins douloureuses que la compression permanente utilisée dans les intervalles par les chirurgiens qui gardent leurs malades en repos entre les séances de massage.

Le *rhumatisme articulaire aigu* a été attaqué aussi par le massage et Mezger doit avoir guéri en quelques jours un chirurgien hollandais atteint de ce genre de synovite. Gussenbaüer attribue à ce traitement une influence favorable sur la durée de la maladie et moi-même j'ai réussi par un seul massage à faire mouvoir librement et sans douleur les extrémités inférieures dans un cas de polyarthrite qui présentait une exsudation considérable dans les deux genoux et les deux pieds. La malade ne pouvait auparavant faire aucun mouvement et fut très surprise de ce résultat. Je n'osai cependant continuer ce traitement dès le début et j'attendis quelques jours pour recommencer les séances. Tandis que les attaques précédentes avaient duré 5 semaines au minimum, la malade en fut quitte cette fois en moins de 3 semaines. D'autres cas plus légers ont donné de suite un résultat qui s'est maintenu. En somme il y aura lieu de masser d'emblée les cas bénins, d'attendre pour les cas plus graves le déclin de la maladie, et de réserver plus longtemps encore le massage dans cette forme tout à fait infectieuse que Volkmann compare volontiers à l'ostéomyélite aiguë. On se bornerait ici à combattre l'ankylose qui est la guérison ordinaire de cette affection.

Tout irrationnel que semble l'emploi du massage dans une autre lésion articulaire également infectieuse, Gottlieb veut cependant avoir guéri en onze séances une synovite de la troisième catégorie, origine *blennorrhagique.* Je l'ai utilisé avec succès, sous les ordres de Kocher, au déclin de l'affection pour

un cas de gonite blennorrhagique double, dans le but de hâter la résorption et de combattre la raideur des articulations qui menaçaient sérieusement de se fixer.

La *synovite fibrineuse sèche* ne résiste pas non plus au massage. On peut avec avantage, et surtout pour celles qui tendent à devenir chroniques, combiner les frictions énergiques avec la douche chaude et les mouvements systématiques. Outre quelques cas à début franc, chez des jeunes gens qui se sont guéris très vite, j'ai observé deux personnes âgées, atteintes de synovite sèche de l'épaule, de nature plutôt chronique, qui ont été guéries, sans récidive jusqu'à présent, par le même procédé.

La *synovite séreuse chronique* (l'*hydrops articulaire*) traitée par cette méthode ne donne selon Mosengeil rien de merveilleux. Mais si l'on a soin de poser un diagnostic précis et de se contenter du mot *hydrops genu* aussi peu que du diagnostic *catarrhe de vessie* ou *vice du cœur*, si on se rappelle que l'hydrops n'est presque jamais primaire et bien plutôt un symptôme qu'une affection, on cherchera la cause première de l'épanchement au lieu d'attaquer celui-ci d'emblée et l'on trouvera que bon nombre de cas d'hydropisie articulaire ne *peuvent* pas donner de résultat au masseur, parce que la vraie cause n'est pas justiciable de ses manœuvres. Mettons de côté l'épanchement séreux qui accompagne les diverses ostéites juxta-articulaires et la synovite tuberculeuse ou les affections des cartilages, certaines formes d'arthrite déformante trop avancées, celui qui sous le nom d'*hydrops à répétition*, caractérise le pincement d'un corps étranger ou d'un ménisque, et nous verrons que les formes d'hydropisie articulaire dont la cause réelle est accessible aux manipulations donnent toutes d'excellents résultats, pourvu que le masseur y mette la patience et l'habileté voulues, surtout la patience.

Je parle de l'exsudat séreux qu'on trouve avec l'arthrite déformante au début, avec la synovite plastique, avec la synovite proliférante, avec certaine synovite plastique fongueuse des vieillards, celui qui accompagne les foyers circonscrits de dégénérescence velvétique du cartilage, lorsque ceux-ci se trouvent à un endroit favorable et enfin, et surtout celui qui complique toutes les synovites chroniques circonscrites d'origine traumatique : cas dans lesquels on trouve tout au plus un léger épaississement capsulaire, une inflammation partielle du ménisque, un gonflement anormal du lig. mucosum, une éraillure sur le bord de la rotule, etc., etc.

oi de rappeler seulement
tte méthode comme moye
mante, dans la synovite p
te proliférante avec villosi
ages et grattage à la curett
par le polissage des éros
r plus longtemps sur ces s
i dernier lieu.
nécessaire, en effet, d'avoi
ncre que beaucoup de traun
ue procédé de traitement q
ment et laissent comme sou
connu, soit une raideur ou
douleur plus intense revena
ques fixes, mais toujours u
lors qu'un examen superfic
et qu'on est tenté d'admet
esse ou la simulation.
un bras que le malade ne
e, ou un coude qui gêne l'e
ivent la pronation et la sup
lans le genou, une raideur
la descente ou quand le
c'est un pied sur lequel le
qui le force au moment où
vement tous les muscles c
our éviter la douleur et pr
rticulier à l'ankylose.
els cas, l'examen le plus min
vent qu'à la deuxième ou t
et peut être posé. Je dis sés
nuire *masser de confiance*
ent en massant qu'on déc
é à un examen même at
r soin de faire un massage
ticulation et de celles avoi
nalade une amélioration i
e pour gagner sa confia
ur moyen d'arriver au but,
ence tout au moins fonctic
nets de consultation en co

il donne à son médecin l'occasion de
du mal et de faire une cure à coup sûr.
es exemples qui tiendront lieu de des-

(A suivre.)

JEIL DE FAITS

guérison de pleurésie purulente, cès multiples et d'affection cardiaque.

édicale de Genève le 2 décembre 188[illegible],

Par le Dr Long.

ıdulgence en ne vous présentant pour seule observation d'une maladie dont il lans nos précédentes séances. C'est sur- la thérapeutique chirurgicale qu'on s'y ie purulente. En repassant nos comptes ; les observations intéressantes de M. le ndications de la thoracotomie dans les ;, celles de M. le prof. Revilliod, qui vous mple et ingénieux de lavage permanent iphon à demeure. Tout dernièrement . Reverdin vous ont présenté un malade ıent purulent pleural, sur lequel ils ection de plusieurs côtes, et qui était en

vous présente m'a paru digne d'intérêt. a rapidité avec laquelle le liquide épan- ; 2° à cause de la simultanéité de points autres parties du corps ; 3° par la coïnci- ınique grave du cœur et de l'aorte qui a ıenté les troubles respiratoires causés ;ravé singulièrement le pronostic de la

ans, ouvrier terrassier, entre à l'hôpital on service, qui était dirigé pendant mon Lintzenried. Cet homme, de constitution ısez bien musclé, dit avoir joui jusqu'à anté. Il a été atteint en 1871, après son ontière, en hiver, d'un rhumatisme arti- très violent, et, depuis lors, il a ressenti ; douleurs articulaires et musculaires. Il oppression après une forte journée de

travail. Il n'a pas eu depuis lors de maladie qui l'ait re au lit.

A la fin de juillet, travaillant à Saint-Georges, il s'end un jour sur la terre humide; à son réveil il ressentit un lent point de côté, et il fut obligé de quitter le travail. R chez lui, il s'alita, et pendant quelques jours il fut, dit-il, malade; il respirait très difficilement, ne pouvait rester ché et était obligé de se tenir assis sur son lit. Son état a en empirant, il est envoyé à l'hôpital où il entre le 12 août

A son entrée, le malade est très affaibli, il respire dif ment. Par la percussion, on trouve de la matité à gauch arrière, dans toute l'étendue du thorax et en avant jusque la clavicule. A l'auscultation, bruit respiratoire très obsc droite, respiration normale. Le cœur est dévié à droite, sent battre sous le sternum. On perçoit aux deux temps la base, dans la région de l'orifice aortique, un double bru souffle très accentué. Les artères carotides battent manière très visible au cou; le pouls est bondissant; les jambes sont œdématiées. La température est 36°,5.

Le 13 août, M. Wintzenried pratique la thoracentès retire 1500 grammes de liquide purulent sans odeur, d'une leur blanc mat.

Immédiatement après la ponction, le malade se sent sou il respire plus facilement. Mais les jours suivants, l'épa ment ne tarde pas à se former de nouveau. L'œdème des bes augmente. Sur la face dorsale du pied gauche apparaî escarre entourée d'une auréole inflammatoire. Le mollet che est douloureux, tendu. C'est de sa jambe que le mala plaint le plus.

Le 22, une nouvelle thoracentèse est pratiquée et issue à 2800 grammes de pus inodore.

Après cette seconde ponction, il n'y a aucune amélioratı à mon retour dans le service, je trouve cet homme dans décrit plus haut. Il ne peut plus rester dans son lit. Il pa journée et la nuit, assis, la tête penchée sur le bord du l mollet gauche est tuméfié, tendu, douloureux. On sent fluctuation profonde. L'ouverture de cet abcès donne issue pus en abondance. Pansement avec la ouate phéniquée. carre du dos du pied commence à se détacher; il sort du sa circonférence. Même pansement. Malgré ces points d puration il n'y a pas de fièvre, la température n'a j dépassé 37°.

La dyspnée, causée par l'épanchement pleural et l'aff aortique allant toujours en augmentant, et l'état du m devenant de plus en plus alarmant, il est urgent de d issue au liquide pleural et d'en établir l'écoulement contir l'ouverture de la cavité pleurale.

Le 27, je fais la thoracotomie, en incisant le huitième intercostal, un peu en arrière de la ligne axiliaire. Il n'y a d'œdème de la paroi thoracique, l'espace intercostal est

verture de la plèvre est pratiquée sans difficulté. Il en
e quantité de pus qui peut être évaluée à deux litres. Le
n'a aucune odeur et ne contient pas de fausses membra-
rès la sortie du pus, on introduit la canule d'une serin-
ns la plaie et on fait un lavage avec de l'eau phéniquée
, ce que le liquide ressorte parfaitement limpide. Le
supporte bien l'opération. On applique sur la plaie une
e de caoutchouc percée au milieu d'un trou par lequel
n tuyau de caoutchouc dont une extrémité plonge dans
é pleurale. Une épaisse couche de ouate phéniquée, main-
ar un bandage de corps enveloppe le thorax.
oir même, le malade, qui passait la nuit assis sur une
peut demeurer dans son lit, ayant le buste légèrement
par des coussins.
jours suivants, l'état du malade s'améliore progressive-
On le panse tous les matins; il y a très peu de pus dans
n qui recouvre la plaie. On lave la plèvre avec une solu-
thymol.
ième des jambes diminue chaque jour; l'abcès de la
gauche qui était très profond continue à suppurer; on
it un drain pour faciliter l'écoulement du pus. L'escarre
du pied tend à se détacher.
2 septembre, on enlève le tube de caoutchouc qui plon-
ans la plèvre. L'ouverture de la plaie a beaucoup dimi-
s bords bourgeonnent bien. On fait encore chaque matin
age jusqu'au moment où l'ouverture est tellement rétré-
'elle ne permet plus l'introduction de la seringue. On
e un morceau de diachylon sur la plaie et on cesse tout
ent. L'abcès de la jambe est cicatrisé; l'escarre du dos
d s'est éliminée. L'œdème des jambes a disparu. Le
peut dormir couché dans son lit. Il mange avec appétit,
ris son entrain, et le 8 octobre il quitte l'hôpital.
poque de sa sortie, à la place où a été faite l'incision, il
dépression cicatricielle infundibuliforme. Depuis quel-
urs il n'y a aucun écoulement de liquide par la cicatrice.
rax à gauche est déprimé et rétracté. Je regrette d'avoir
les chiffres des mensurations du thorax, qui ont été fai-
s de sa sortie. A la percussion, il y a de la matité en
jusqu'à l'épine de l'omoplate et en avant jusqu'à un peu
sus du mamelon.
uscultation, les bruits respiratoires sont lointains et obs-
la base du poumon. On les perçoit distinctement sous la
le et dans la fosse sus-épineuse. Les lésions aortiques
ent toujours.
17 janvier 1882, c'est-à-dire un peu plus de trois mois
a sortie, D. rentre dans notre service. A son retour dans
micile, il a eu, dit-il, des douleurs de rhumatisme, et il
pu reprendre un travail suivi. Dans le courant de jan-
est sorti du pus par la cicatrice, et c'est pour cela qu'il
à l'hôpital.

ue son état général est bon. Il a toujours un
causée par la maladie du cœur. Il y a à la sur-
ce un suintement séro-purulent. Les efforts de
la sortie d'une petite quantité de liquide.
la fistule ne laissait pas pénétrer une sonde
ite avec du laminaria jusqu'à ce que la sonde
it dans l'intérieur de la cavité, qui ne doit pas
se, car on ne peut pas y injecter plus des trois
ngue en étain.
, on fait un lavage avec de l'eau phéniquée,
ion d'une solution iodée faible. Ce traitement
longtemps. L'écoulement séro-purulent dimi-
it. La cavité se rétrécit, la sonde ne peut plus
au commencement d'avril, la plaie est complè-
le malade sort le 9 avril 1882.
, il a été revu par M. le Dr Gaulard, ancien
e. Sa fistule ne s'était pas rouverte, et il était
t de santé qu'avant sa pleurésie.

d'abord d'attirer l'attention dans cette obser-
pidité avec laquelle le liquide contenu dans la
l'état purulent. Cet homme tombe malade le
2 août on retire déjà du pus de sa plèvre. Le
lie a été brusque et sous l'influence d'un chan-
pérature extérieure; les symptômes ont été
ommencement; l'inflammation de la plèvre a
pliquée de pleurodynie et de périnévrite inter-
plique la violente douleur de côté initiale et la
; il est très probable que D. a eu à cette époque
brile qui n'a pas duré longtemps; puisque pen-
s de son séjour à l'hôpital, la température n'a
normale.
a maladie a été très aiguë, et c'est d'emblée
la collection purulente. Quelles ont pu être les
ansformation si prompte de l'exsudation pleu-
-ci il n'existait aucune de ces maladies infec-
luence desquelles les inflammations des paren-
euses n'ont pas de tendance à la résolution et
suppuration. Ainsi dans la pyémie, la fièvre
iole, la scarlatine, la pleurésie purulente n'est
tion de l'infection générale de l'organisme.
débilitation de l'organisme produite par une
la tuberculose, l'alcoolisme chronique, etc.,
résorption du liquide séro-fibrineux épanché
euse; des fausses membranes s'organisent à sa
lles se vascularisent; de leurs petits vaisseaux
dèse les leucocytes qui rendent purulent le
hement. Mais notre malade était bien cons-
teint d'aucune diathèse; il avait éprouvé seu-
rs reprises des douleurs rhumatismales arti-

culaires ou musculaires, qui probablement avaient eu conséquence la lésion aortique dont il est atteint.

Outre les causes internes de la pleurésie purulente, il e d'externes ou accidentelles. Depuis que la thoracentèse généralisée et est fréquemment pratiquée, on a accusé opération d'être une cause de la transformation purulent épanchements pleuraux, soit par l'irritation mécanique plèvre, soit plutôt par le transport, sur la surface de la sér de corpuscules infectieux. En prenant les précautions ant tiques nécessaires, on évite sûrement l'introduction de agent septique dans la plèvre. Mais il arrive souvent qu'a plusieurs ponctions donnant issue à du liquide séro-fibrin une dernière ponction fait sortir un liquide purulent. Pour e quer cette transformation des épanchements primitive séro-fibrineux, et pour démontrer l'innocuité des ponctio la plèvre, M. Dieulafoy *(Gazette hebdomadaire, 1877)* a é la composition du liquide de plusieurs épanchements pleu Il a trouvé que le liquide des pleurésies les plus bénignes fermait au moins 1200 globules par millimètre cube, mais peut y en avoir jusqu'à 5000 et plus, sans que la coloratio liquide soit modifiée. Ce sont ces pleurésies histologique hémorragiques, dans lesquelles il y a augmentation des glo rouges, qui deviennent purulentes par l'augmentation des bules blancs, à mesure que les globules rouges diminuent. ainsi qu'on pourrait expliquer la grande fréquence de la résie purulente dans le jeune âge, à cause de la plus gr abondance des globules rouges dans le liquide épanché. notre cas, la thoracenthèse ne peut être incriminée, puisque de la première ponction, le liquide était déjà purulent.

On a signalé comme cause locale de la maladie dont nous occupons, soit un point pneumonique gangreneux pleural, soit une gangrène d'une fausse membrane fibrin située à la face interne de la plèvre. Ces lésions se manife par un point de côté excessivement douloureux, et par symptômes généraux d'adynamie, et le liquide qu'on retire p ponction est extrêmement fétide. Chez notre homme, le de côté du début a été douloureux; mais on n'a observé a des symptômes généraux d'une affection grangreneuse, liquide pleural a toujours été complètement inodore.

M. Peter, dans ses leçons cliniques, signale la coïncidenc la plus grande léthalité actuelle de la pleurésie avec la prat beaucoup plus fréquente de la thoracentèse, et est dispo croire qu'une des principales causes de la terminaison d pleurésie par la purulence, est l'absence d'un traitement antiphlogistique appliqué énergiquement à la première ap tion des symptômes d'une inflammation de la plèvre. Sans tester l'utilité et l'efficacité de ce mode de traitement au d de la pleurésie, je ne crois pas que des applications de touses scarifiées au début eussent pu empêcher la suppur qui s'est établie immédiatement.

Chez notre malade, l'inflammation du tissu conjonctif membres, aussi bien que celle de la séreuse pleurale, n'avai pas de tendance à la résolution, et se sont terminées par la mation de collections purulentes. C'est ainsi qu'il a eu un v abcès du mollet gauche, et un autre sur le dos du pied a escarre superficielle. Cette disposition à la production du p à la diapédèse des globules blancs, dépendait de l'œdème p duit par le trouble de la circulation veineuse dans les memb

Cet homme était atteint d'une lésion aortique, rétrécissem avec insuffisance, avec hypertrophie du cœur. Cette affec cardiaque n'avait jusqu'alors jamais donné lieu à l'œdème membres inférieurs. Cet œdème est apparu dès que l'épan ment pleural, devenu considérable, a refoulé le cœur à dro Ce déplacement du cœur a eu probablement pour conséque une gêne dans le retour du sang par la veine cave qui, join la compression du poumon par le liquide, a produit des ph mènes de stase veineuse et un œdème consécutif. Ce qui es faveur de cette explication, c'est qu'aussitôt que le liq pleural a eu une issue permanente, lorsque le cœur, n'é plus refoulé à droite, est revenu à sa place normale, l'œd des membres inférieurs n'a pas tardé à diminuer et finalem à disparaître.

La coïncidence de cette maladie du cœur aggravait cons rablement le pronostic de cette pleurésie, car la pression in thoracique du liquide sur ce cœur déjà malade et fonction mal, faisait redouter une syncope mortelle, accident qui n pas très rare dans le cours de la pleurésie. C'est elle qui é la principale cause de la dyspnée qui tourmentait le malad qui constituait l'indication la plus urgente d'une évacua immédiate et permanente du liquide contenu dans la plèvre

En même temps, après avoir reconnu l'absence des ca ordinaires, spéciales et locales de la production de la pleur purulente, on est en droit de supposer que cette affection diaque, par le trouble de la circulation et les modification la composition du sang, qui en sont la conséquence, a ét cause de la production rapide du pus dans la plèvre enflamm et de la formation d'abcès dans les membres œdématiés.

Une extraction de cysticerque du corps vitré.

Travail lu à la Société médicale de Genève le 23 décembre 1885.

Par le Dr Haltenhoff.

Messieurs,

L'an passé à pareille date, je vous montrais, ophtalmos en main, un cysticerque vivant dans l'humeur vitrée de l'œ premier qui ait été vu à Genève.

Par une heureuse chance, vous avez pu voir l'animal bien éveillé, c'est-à-dire déployé hors de sa vésicule et remuant gaîment sa tête et ses suçoirs. Les opacités qui s'étaient développées au contact de ce corps étranger animé avaient réduit l'acuité visuelle à un tiers du degré normal, mais n'étaient pas encore assez denses pour voiler les détails du fond de l'œil. On pouvait, à une traînée grisâtre et rectiligne, reconnaître le chemin suivi par le parasite pour se rendre à la partie inférieure du corps vitré. Son séjour précédent était marqué dans la choroïde par une zone circulaire d'atrophie, située plus en arrière, dans le quart inféro-externe de l'hémisphère postérieur de l'œil, non loin du méridien horizontal. C'est là que l'embryon issu d'une proglottide de ténia, presque microscopique, mais déjà armé de six crochets provisoires, fut arrêté par l'étroitesse progressive du vaisseau artériel qui l'amenait, en perça les parois et se développa tout à son aise, comme dans un nid, sans que son hôte bénévole s'aperçût le moins du monde de cette intrusion. Puis, dans le courant de l'été de 1884, le jeune ténia ayant grandi et jouissant d'une facilité croissante de mouvements, commença à se faire jour, avec sa vésicule caudale, à travers des couches rétiniennes préalablement atrophiées sous sa pression. C'est alors que le corps vitré, qui n'est point un fluide inerte, se mit à réagir à sa façon et devint le siège d'exsudations d'abord pointillées, puis filamenteuses et membraneuses, qui firent à B. l'impression d'un brouillard de suie. Enfin l'animal ayant quitté le lieu de sa croissance, entra dans l'humeur vitrée ramollie, et le malade vit apparaître une boule gris bleuâtre, qui se promenait devant les objets.

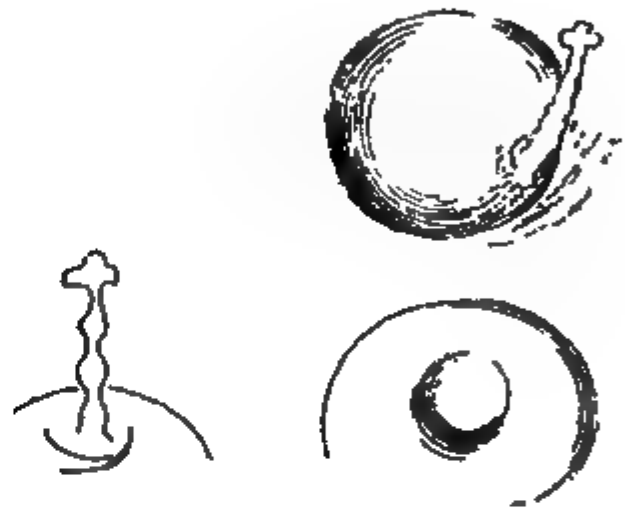
Lorsqu'il vint me consulter, je constatai facilement la cause de cette apparition et, peu après, je vous fis confirmer *de visu* mon diagnostic. B. était dûment averti de la perte certaine de son œil et de la nécessité d'une opération comme seule planche de salut, mais il ne pouvait s'y résoudre, parce que je ne lui en « garantissais pas » le succès et que d'ailleurs il voyait encore assez bien de cet œil[1].

J'ai donc continué pendant des mois à suivre les progrès du mal, l'abaissement graduel de la vision et l'obscurcissement du tableau ophtalmoscopique du fond de l'œil, dus à l'augmentation des opacités vitréales. La taille du parasite parut s'accroître pendant quelques semaines, puis resta stationnaire. Plusieurs fois, j'eus la bonne fortune de trouver le cou et la tête ou, pour parler plus exactement, le corps de l'animal sorti de l'appendice sphéroïde, où il se tenait d'ordinaire caché et dirigé en avant du côté du cristallin. Il était alors animé de mouve-

[1] A ce sujet, je désire rectifier une erreur qui s'est glissée dans le procès-verbal de notre séance du 3 decembre 1884 (*Rev. Méd.* du 15 fév. 1885, p. 123) Ce n'est pas deux mois, mais *deux ans* qui jusqu'ici sont le terme maximum pendant lequel on a pu constater la vie d'un cysticerque logé dans la profondeur de l'organe visuel.

un lombric ; le contour de la vé-
con d'un intestin en contraction
lessiner, à plusieurs reprises, les
antes du scolex, que je voyais se
isser, se raccourcir, puis s'allon-
u étendant alternativement ses
ndices se présentaient tantôt de
lement, et je ne puis mieux faire
cules d'un colimaçon. Voici quel-
parfaites esquisses :

16 novembre 1884.



rier 1885.

.roite, avec le grossissement que donne
ıtée à l'ophtalmoscope, chacune de ces
e de deux cercles concentriques entou-
ral plus grisâtre. Il est bien possible
les suçoirs contribue à l'irritation et à
umeur vitrée ambiante. Telle est du
ıaître, le Dr Liebreich qui, le premier,
vivant dans le corps vitré. Quant au
t reconnaissable en profil, mais je n'ai
ıuronne des crochets qu'il porte. Outre
et les altérations choroïdiennes déjà
montrait des signes de stase veineuse
tre dans la portion de la rétine voisine
ısite.
ıal, qui jusque-là paraissait vouloir se
place où vous l'aviez observé, changea
l remonta dans le corps vitré en s'éloi-
approchant de l'axe visuel, le corps se
de la vésicule. Les lésions visibles à
ıe firent craindre d'abord un décolle-
ıscrit à ce niveau, mais le trouble du
en étudier les détails. Il ne s'agissait,
ra, que d'une inflammation réactive,
es vaisseaux et tendance à l'atrophie

ayant joué de la trompette et dansé
lans un bal public, notre propriétaire
que son globe opaque était de nouveau
ıpérieure du champ visuel. Je trouvai
nerf optique à peine reconnaissable.
située à une distance notable du cris-
t un peu interne, cachait au regard
erveux. Depuis lors, les troubles du
enses et plus étendus, m'ont empêché
asite. Le bord de la vésicule avec son
eul visible, et encore se présentait-il
tour de la lune à travers le brouillard.
ıalade qui depuis plusieurs années se
gastriques et nerveux (boulimies, mi-
ts, gastralgies, etc.) s'aperçut pour la
ıuait des fragments de ver solitaire.
M. le Dr Picot à l'Infirmerie Butini,
ue, il profita de l'occasion pour se dé-
ıl locataire ; j'ai l'honneur de vous en
orceaux. Si la théorie de l'auto-infec-
est possible que notre cysticerque dé-
ıême *tænia solium*.
à fait obscurcie, B. se décida enfin à
ment, le parasite avait pénétré encore
ə vitreum et la direction de l'axe visuel.

Il paraissait recouvrir une partie considérable du fond de l'œil, dont on ne pouvait plus d'ailleurs reconnaître aucun détail.

Le 17 septembre, le malade, guéri de son affection vésicale, entra à la Clinique du Molard. Son œil droit ne distinguait plus aucun objet, mais apercevait les mouvements de ma main en face, en dehors et en bas. Dans les autres directions, le champ visuel faisait défaut.

Je ne pouvais avoir de doute sur la méthode à suivre pour l'opération. Pendant mon séjour à Berlin, j'avais vu mon illustre maître, Albrecht de Gräfe, extraire le cysticerque du corps vitré en pratiquant d'abord l'extraction du cristallin et en pénétrant ensuite avec une pince par la pupille. Cette opération lui réussissait souvent, mais au prix de délabrements de l'organe qui amenaient volontiers de l'inflammation, et même la destruction de l'œil par suppuration ou par atrophie. Aujourd'hui, cette méthode est abandonnée. Nous savons, par de nombreuses opérations pratiquées, soit pour des cysticerques, soit pour d'autres corps étrangers, que la sclérotique peut être incisée dans le grand cercle d'un méridien sans perte notable de vitreum, sans hémorragie sérieuse et sans inflammation consécutive. Plusieurs opérateurs, surtout MM. Alfred Gräfe (à Halle) et Hirschberg (à Berlin), ont extrait de cette façon avec un plein succès un grand nombre de cysticerques de l'œil. Malgré ces exemples encourageants, je ne pouvais me dissimuler que le cysticerque de B. rentrait dans le groupe des cas les moins favorables à la réussite de l'opération, celui des cysticerques mobiles et flottants dans le corps vitré liquéfié.

Le cysticerque sous-rétinien, surtout dans les premiers stades, alors qu'il est renfermé dans une poche encore très circonscrite de rétine décollée, offre des chances excellentes à l'opérateur. C'est d'ailleurs, de beaucoup, le siège le plus fréquent du cysticerque oculaire. Il y a même plusieurs observations récentes de ce parasite siégeant dans la région de la macula, au pôle postérieur du globe et heureusement extraits avec conservation de la vision. Je vous présente trois dessins en couleur [1], d'une très bonne exécution, montrant un cysticerque sous-rétinien, qui était animé de mouvements. Il a été observé à Turin, dans la Clinique ophtalmique dirigée par M. le prof. Reymond, et noté comme une grande rareté en Italie. Je ne sache pas que l'extraction en ait été tentée. Lorsque l'animal a passé dans le corps vitré et qu'il est maintenu à poste fixe par des membranes connectives de nouvelle formation, l'opération est presque aussi sûre, à moins d'une erreur de localisation.

C'est le prof. Alfred Gräfe qui a pratiqué et publié le plus

[1] Estratti dal volume d'Atti dalla *R. Accad. di Medic. di Torino* pubblicato in omaggio del senatore Prof. G. Sperino celebrandosi il Giubileo dottorale nel 1884. Tavola III.

grand nombre de ces opérations. Dans la province de Saxe, dont Halle est le centre médical, l'habitude de manger de la viande de porc absolument crue est fort répandue. Les épidémies de trichinose n'y sont point rares, les cysticerques y abondent, paraît-il. Aussi M. Gräfe est-il arrivé à une grande habileté dans la localisation exacte et l'extraction du cysticerque intra-oculaire. Il a décrit, il y a déjà quelques années, une série de 24 opérations, dont 16 ont réussi. Eh bien, Messieurs, parmi les huit cas où il échoua, sept concernaient un cysticerque flottant dans le vitreum. Cette année même, M. Treitel (à Königsberg) a publié quatre observations bien typiques au point de vue de la topographie du cysticerque oculaire[1]. Un de ces parasites se trouvait dans la chambre antérieure, un sous la rétine, un troisième était fixé dans le corps vitré près de la paroi postérieure du segment supéro-externe du globe; le quatrième enfin, mobile dans ce milieu, offrait plusieurs particularités analogues à mon cas. Les trois premiers furent heureusement extraits par M. Treitel, le cysticerque mobile ne se présenta pas dans la plaie et ne put pas davantage être saisi par les pinces introduites dans différentes directions du vitreum. Quelques mois après, l'œil en voie d'atrophie dut être énucléé à cause du danger d'irritation sympathique de son congénère. M. Treitel trouva le cysticerque, qui mesurait 11 millim. de diamètre, dans les restes du vitreum dégénéré, la rétine était totalement décollée. Un autre cas semblable, dont l'opération échoua par deux fois, grâce au déplacement du parasite au moment de l'incision, a été décrit par M. van Duyse (à Gand) dans le fascicule de juin des *Annales d'oculistique* de cette année. L'œil fut sacrifié. Le malade de M. van Duyse était, comme le mien, porteur de ténia; en outre il présentait des accidents épileptiformes, dus probablement à un ou des cysticerques dans le cerveau. La coïncidence des cysticerques cérébraux et oculaires a déjà été notée plusieurs fois.

Il me fallait donc, pour réussir dans le cas de B., m'entourer de toutes les précautions imaginables, dans le but d'éviter un déplacement de l'animal au moment de l'incision de la sclérotique. Je résolus d'abord de ne pas anesthésier mon malade, comme cela se fait d'ordinaire pour ce genre d'opérations. Je gagnais par là, en premier lieu, la faculté de pouvoir opérer dans n'importe quelle position de la tête et de l'œil que je choisirais; en deuxième lieu, celle d'interroger B. sur les mouvements et la direction apparente du globe d'ombre, dont il m'avait toujours fort bien indiqué les changements de position et l'emplacement momentané. Son caractère énergique, son intelligence me permettaient de compter sur lui, quelles que fussent les péripéties ou les souffrances de l'opération. Ces der-

[1] Dr Th. Treitel. Bericht über 4 Operationen von Cysticercus intra-ocularis. *Arch. f. Augenheilk.* von Knapp u. Schweigger. XV, 3. p. 257, etc. (sept. 1885).

aient, d'ailleurs, bien diminuées, sinon évitées, par
tions de cocaïne soit avant, soit pendant les divers
opération.
nis en devoir d'étudier le plus parfaitement que je
près dilatation maxima de la pupille, les déplace-
l'animal déterminés par les diverses positions de la
les mouvements de l'œil. Je fis cet examen à l'image
c + 5 D, à la lampe d'abord, puis à la lumière
soleil. Quand la tête est tenue droite, le regard fixé
it en avant, le contour de la vésicule apparaît assez
dans la région antéro-inférieure et externe du corps
xaminant très obliquement par-dessus la racine du
e à voir en avant, un étroit espace où le reflet oph-
que est moins gris, plus rougeâtre. Cet espace est
de la distance assez notable existant entre le para-
cristallin. Au bout de quelques secondes de cette
imaire, le malade voit sa boule sombre un instant
rcil, puis elle disparaît du côté du front, preuve que
a glissé vers la région de l'ora serrata. Dès que B.
a tête en arrière, il voit le globe se placer droit
, le trouble de la vision est alors porté au maximum,
que ma main n'est plus aperçue en face, et l'ophtal-
isse à peine deviner la vésicule tombée dans la pro-
suffit à ce moment de pencher la tête en avant pour
ir le parasite dans la région antérieure. Il se place,
s, soit directement en bas, soit en bas et un peu du
ou temporal. A chaque mouvement de l'œil, si faible
e cysticerque remonte vers l'axe oculaire et s'enfonce
ins dans le vitreum. Cependant, c'est l'emplacement
avant et un peu en dehors qui paraît correspondre à
epos et à la position primaire de la ligne de regard.
rquerez, Messieurs, que cette place est sensiblement
e parasite occupait lors de votre examen, dix mois
t, et où j'avais espéré le voir se fixer. C'est ici, dans
n un peu oblique, à 20 ou 25° en dehors du méridien
ue l'opération doit offrir le plus de chances.
atiquai aussitôt, avec l'habile assistance de l'un de
, M. Combe, étudiant en médecine. Après avoir ins-
trois gouttes de cocaïne à 2 %, l'entourage de l'œil,
paupières sont nettoyés soigneusement avec la solu-
limé au 4000me. L'introduction du blépharostat est
igation des culs-de-sac conjonctivaux avec une poire
la même solution. Ces irrigations sont répétées, de
les instillations de cocaïne pendant le cours de l'opé-
instruments plongent dans l'acide phénique à 2 %.
s'étonne pas de toutes ces précautions antiseptiques,
nécessaire d'une telle opération, à cause de la facilité
microbienne qu'offre l'humeur vitrée.
temps. Décubitus dorsal. Un fort fil de soie phéni-
assé par un pont de conjonctive au devant de l'inser-

tion du droit inférieur, et les deux bouts réunis sont confiés à l'aide, pour lui permettre de diriger le globe à volonté. Incision de la conjonctive et de la capsule de Tenon, un peu obliquement le long du bord externe du muscle, commençant à un demi-centimètre du bord cornéen et longue de 12 millim. environ. Dissection des lèvres de la plaie jusqu'à dénudation parfaite de la sclérotique. Eau glacée et cocaïne pour l'hémostase. La douleur est modérée, B. accuse son gros brouillard central, qui prouve que le cysticerque a fait son plongeon.

Deuxième temps. Malade assis, la tête un peu penchée en avant et légèrement inclinée à droite. Bientôt l'ombre du parasite quitte l'axe visuel, ma main en face est aperçue. B. me dit que son globe doit avoir disparu au-dessus du sourcil. Je fais maintenir la tête immobile dans la même position, je replace l'écarteur; l'aide dilate un peu la plaie conjonctivo-ténonienne avec un crochet à strabisme, pendant que le malade regarde en haut et à gauche. Je ponctionne la sclérotique à l'extrémité postérieure de la plaie, en enfonçant le couteau linéaire de 3 à 4 millim., et pratique la section méridienne d'arrière en avant. A peine mon incision commencée, il s'écoule quelques gouttes d'un liquide légèrement citrin, suivies aussitôt d'une membrane gris blanchâtre qui s'avance en bouffant hors de la plaie. Pendant que je prolonge mon incision, cette poche saillante s'affaisse tout à coup, en donnant issue à une gouttelette de liquide, et j'ai la satisfaction de la voir sortir en entier, sans nouvelle perte de vitreum et sans trace de sang. C'était le cysticerque replié dans sa vésicule, dont la fine enveloppe avait été blessée par la pointe du couteau.

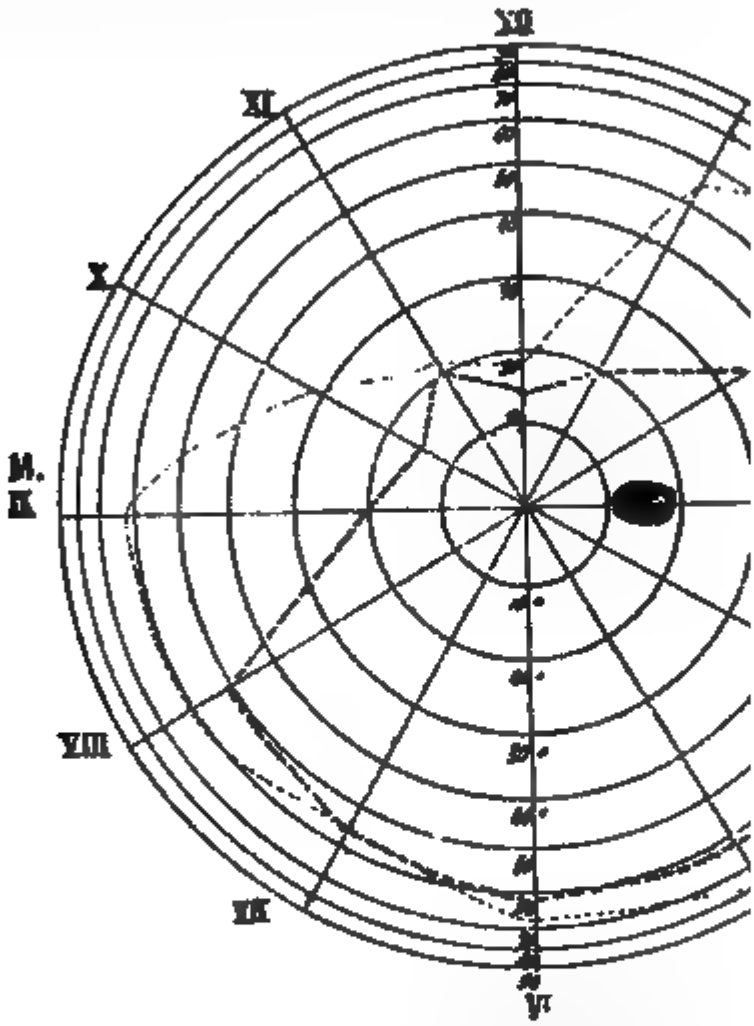
Porté sur un verre de montre, il ne donna plus signe de vie. Un quart d'heure avant l'opération le malade avait encore aperçu l'appendice sorti du globe sombre. Voici le cysticerque considérablement affaissé sur lui-même et ratatiné par l'alcool.

La plaie ne montrant aucune béance, je m'abstins de sutures. Pansement borique à 3 °/₀. Les suites de l'opération furent des plus bénignes. Quelques douleurs les premiers jours. Très légère iritis avec formation de quelques fines synéchies, aisément rompues par le mydriatique et coloration hématique de l'iris qui persiste plusieurs semaines.

La plaie guérie par première intention, B. sortit de la clinique le huitième jour, avec atropine et bandeau, occlusif d'abord, puis flottant. (Présentation de l'opéré.)

Le résultat pour la vision dépassa mes espérances. Dans le nt d'octobre, B. commença à apercevoir un éclaircisse- du brouillard. Lentement, mais de semaine en semaine, pacités diminuèrent. Le 3 novembre, l'œil opéré compte oigts à 2m,60, et je peux de nouveau, pour la première epuis bien des mois, apercevoir le disque optique à l'oph- ecope. Le 29 novembre, je note $V = \frac{3}{L}$ et B. déclare qu'il

pourrait parfaitement se conduire avec cet
bre, V=, $\frac{5}{L}$, presque $\frac{5}{XL}$, ce qui permet de
un texte un peu gros, le n° 2 métrique de Sn
sement du champ visuel, mesuré au périmèt
accusé qu'il y a un an, mais toujours limit
voyez sur ce schéma, à la région supérieu
empiètement du côté nasal.



Champ visuel de l'œil droit en projection orthographique
ligne en pointillé fin indique les limites du 16 noven
gros pointillé, celles du 20 décembre 1885.

La papille et les vaisseaux du fond de l'o
peu voilés, de nombreux flocons [illegible]
vitreum. La région antéro-inférieure de la ch
d'une atrophie pigmentaire, avec coloration
penser à du tissu conjonctif néoplasique et qui
les limites accessibles à l'ophthalmoscope. Les v
indistincts par places, se ramifient, à ce nive
tion notable. L'abolition correspondante de
rique n'est donc pas due à un décollement,
scléreuse de la rétine lésée par les contacts p

sion directe, elle paraît encore en voie d'amé-
. Sauf la cicatrice conjonctivale, adhérente à
s du cul-de-sac oculo-palpébral et fort peu
ırs, l'aspect de l'œil est tout à fait normal.
pas douteux que la méthode que j'ai suivie
réduire à un minimum l'aléa inséparable de
ce genre. La correspondance exacte du lieu
le et du siège momentané du cysticerque ne
ıutrement. Or, c'est la condition *sine qua non*
oïncidence fait-elle défaut, on aura bien peu
sir, à l'aveugle ou même avec le secours de
'animal avec des pinces. Qu'il s'agisse de la
ısir, une boule lisse et tendue, flottant dans
ensité très peu différente de la sienne, n'of-
se aux instruments et aura toujours la ten-
eur contact. Pour arriver à saisir le cou du
ıors de l'instrument, il faudrait une de ces
naires sur lesquelles le chirurgien ne doit
D'autre part, ces manœuvres peuvent être
l'organe qu'il s'agit de sauver, et ouvrir la
cations inflammatoires, dont le dénouement
ıcléation.

SOCIÉTÉS

ÉTÉ MÉDICALE NEUCHATELOISE

Séance du 4 novembre 1885.

Présidence de M. le Dr Reymond.

un exposé très intéressant des symptômes de la
du tabes dorsalis. Depuis un certain nombre d'an-
mportants disséminés dans différentes publications
faits sur ce sujet. Des médecins français, Charcot,
rnier ont surtout étudié d'une manière approfondie
euvent faire reconnaître la maladie à un moment où
spentique auront peut-être plus d'action que lorsque
Fournier, dans un volume récemment paru, a groupé
'ici ; ils sont au nombre de 224. Les symptômes de
ıe sont très différents et peuvent concerner presque
es appareils du corps. Ils ont ce caractère commun
forme de crises que rien ne paraît provoquer, et de
sans laisser de traces. Ils consistent successivement
reil en exagération, puis en épuisement de la fonc-

rsiologique ou en états morbides caractérisés tantôt par des symp-
excitation, tantôt par des symptômes de dépression.
urkardt, supposant connus les troubles de la sensibilité (douleurs
ites) et les symptômes oculaires, décrit successivement comme
ouvrir la scène :
roubles vésicaux (paresse de la vessie, rétention, incontinence,
urie, dysurie, anesthésie uréthrale) ;
roubles génitaux (excitation, érections fréquentes, pollutions noc-
t diurnes, débilité génésique, inappétence sexuelle) ;
roubles gastro-intestinaux (crises de vomissements, d'anorexie,
algies ; ténesme intestinal, diarrhée, constipation, anesthésie rec-

roubles trophiques (arthrites chroniques, mal perforant, chute des
chute des dents, éruptions cutanées diverses) ;
roubles de la motilité (parésies et paralysies plus ou moins com-
araplégies) ;
roubles laryngés (paralysie d'une corde vocale, toux coquelu-
spasmes aphoniques) ;
roubles auditifs (surdité, bruits subjectifs, vertiges, maladie de
tabétique) ;
roubles cérébraux, comprenant l'exagération ou la diminution
nelle des nerfs de la base du crâne, et
roubles psychiques (mélancolie, hallucinations, hébétude, folie

bes n'est donc pas une lésion commençant au bas de la moelle
et montant peu à peu pour arriver à la moelle allongée. La ma-
ut commencer sur tous les points de l'axe cérébro-spinal ; en ou-
ne s'attaque pas seulement à un système de fibres, mais elle peut
outre les fibres sensitives, les fibres motrices, trophiques, vaso-
, dans les différents segments de la moelle.
rkardt termine en indiquant les rapports fréquents du *tabes* avec
lis. Sur 100 cas, Fournier a trouvé 93 syphilitiques, et Erb dit
i qui n'a pas été syphilitique ne risque pas de devenir tabétique.
RDEL, en remerciant M. Burkardt de son travail, montre combien
ômes décrits peuvent fréquemment se présenter dans d'autres
; il insiste pour reconnaître la nature de ces symptômes sur le
intermittent qu'ils prennent dans le *tabes*.
YNIER fait remarquer que dans la période ataxique on observe
des temps d'arrêt de la maladie. Il rappelle qu'il y a vingt ans
lay affirmait l'origine syphilitique de l'ataxie locomotrice.
COLAS a étudié à fond l'*épidémie de fièvre typhoïde* qui a sévi à
u printemps de 1884.
un travail très étendu et très bien fait, il recherche la cause de
ie et après avoir éliminé successivement les influences nocives
provenir du sous-sol, des égouts, des conditions hygiéniques et

sociales, de la nappe souterraine, des conditions météorologiques, il pose en fait que la cause de l'épidémie doit être attribuée à l'usage de l'eau impure de la Limmat, qui est distribuée dans les maisons comme eau industrielle (Brauchwasser). C'est l'opinion de Koch de Berlin, qui a été consulté à ce sujet. On n'a cependant pas trouvé dans cette eau le bacille typhogène, mais les recherches ont été faites trop tard ; l'analyse chimique de l'eau dénote en tout cas une grande impureté. M. Nicolas décrit ensuite l'état déplorable des conduites qui amènent l'eau depuis le filtre situé dans le lac jusqu'aux pompes destinées à la faire monter dans les réservoirs ; puis, il indique les différents projets à l'étude pour doter Zurich d'une eau potable convenable. On s'est arrêté à l'eau du lac prise à 200 mètres en amont du nouveau pont, et filtrée sur terre ferme dans des filtres de sable soigneusement surveillés et contrôlés.

Le Secrétaire : Dr Morin.

Rectification. — M. le Dr *H. de Montmollin* nous prie de rectifier les paroles qu'il a prononcées au sujet des eaux de Neuchâtel dans la séance du 14 octobre 1885 (page 760). Il n'a pas dit que la Société des eaux s'est constamment refusée à accorder les améliorations nécessaires, mais qu'elle a mis peu d'empressement à les exécuter. Il ne s'agit pas non plus d'experts fédéraux. mais d'experts nommés par la Direction des travaux publics de la municipalité de Neuchâtel.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 10 octobre 1885.

Présidence de M. le Dr Bugnion, président.

MM. Carrard, Soutter et *Treuthardt,* sont reçus membres de la Société.

M. Roux fait, au sujet de la *résection coxo-fémorale,* quelques remarques illustrées par des dessins schématiques qui doivent démontrer les écueils à éviter et le résultat type à obtenir.

Tout en reconnaissant que la coxalgie, comme du reste les tuberculoses articulaires de l'extrémité inférieure, a une mauvaise réputation au point de vue de l'infection tuberculeuse générale, après ou sans opération, il prétend que les statistiques actuelles n'ont aucune valeur, parce qu'elles portent presque exclusivement sur des opérations entreprises sur des sujets épuisés, voire même tuberculeux ou amyloïdes, dont la force de résistance est nulle et dont la mort ne permet de tirer aucune conclusion scientifique. Il demande qu'on suspende tout jugement sur l'action préservatrice des résections en particulier, jusqu'à ce qu'on ait une série suffisante d'opérations correctes pratiquées dans de bonnes conditions.

Partisan convaincu du traitement radical de toute tuberculose locale accessible au chirurgien, il recommande dans la tuberculose de l'articu-

lation coxo-fémorale l'*intervention hâtive* : arthrotomie, excision partielle ou totale de la capsule articulaire, etc., et en particulier la résection immédiate dès que la restitution des fonctions paraît impossible ensuite des progrès du mal sur les surfaces articulaires.

M. Roux rappelle l'opérée qu'il a présentée à la séance du 4 avril 1885 et qui répond assez exactement à ce qu'on pourrait appeler le résultat « *type* » de Volkmann : épaules de niveau, jambes d'égale longueur en apparence (inclinaison du bassin et légère scoliose de compensation) ; marche assurée, claudication faible, conservation des mouvements (adduction, abduction, flexion, rotation), possibilité de s'accroupir, etc. Il montre un schéma correspondant, dans lequel on voit le fémur en abduction (privé de sa tête et de la pointe du grand trochanter) fixé au fond de l'acétabulum par des attaches ligamenteuses, courtes et fortes, le bassin légèrement incliné et reposant réellement sur cette extrémité du fémur, tandis que l'interligne articulaire des genoux est au même niveau et qu'une scoliose peu apparente permet aux épaules d'en faire autant. La perte de substance du fémur est totalement masquée.

Il compare ensuite ce dessin avec un second représentant le résultat obtenu par la résection de la tête seule, lorsqu'on cherche à placer le col dans l'acétabulum sans avoir préalablement enlevé la pointe du grand trochanter qui vient butter contre le sourcil cotyloïdien, empêchant l'abduction du membre, forçant par conséquent l'opéré à relever la hanche pour pouvoir marcher et doublant ainsi le raccourcissement de la jambe. Il fait voir dans un autre dessin ce raccourcissement triplé par une sorte de luxation de la diaphyse fémorale, qui remonte à côté du bassin, dans les cas où on a négligé l'extension : la cuisse se place en effet fatalement en adduction (et le malade doit relever la hanche comme dans le cas précédent) ; le fémur quitte l'acétabulum avec lequel il n'a pas pu contracter d'adhérences assez fortes et aucun *appareil d'abduction* ne parvient à corriger ce résultat déplorable qui s'aggrave de jour en jour.

Après avoir en outre représenté certains détails opératoires et fait remarquer l'action mécanique de l'extension, M. Roux croit pouvoir conclure que l'observation des règles suivantes, posées surtout par Volkmann, permettra à tous les chirurgiens d'obtenir par la résection coxo-fémorale tout ce qu'on est en droit d'attendre de cette opération excellente :

1° *Il faut dans tous les cas enlever la pointe du grand trochanter, même si elle est saine*, afin d'avoir une large surface osseuse avivée à mettre en regard du fond de l'acétabulum, et aussi pour pouvoir éventuellement garder une partie du col et l'engager dans la cavité cotyloïde sans crainte de voir le trochanter butter contre le bord supéro-postérieur du sourcil cotyloïdien.

2° *Curer l'acétabulum, même si son cartilage paraît intact*, pour avoir une surface qui se cicatrise plus facilement que le cartilage articulaire et contracte avec l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale de fortes adhérences fibreuses.

3° *Appliquer rigoureusement l'appareil à extension pendant le traitement consécutif,* avec contre-extension dans l'aine opposée, dans le but d'incliner le bassin du même côté et de masquer ainsi le raccourcissement effectif du fémur (autrement dit spéculer sur l'allongement apparent que procure l'abduction), mais aussi et surtout pour placer la surface de section de l'extrémité supérieure du fémur bien en face du fond de l'acétabulum.

4° Irriter et *augmenter la production d'attaches fibreuses* entre les deux os *par des mouvements actifs ou passifs* (forcés) *dès que cela n'offre plus de danger,* c'est-à-dire en faisant lever et exercer les malades dès que la plaie est fermée, après deux semaines par exemple.

5° *Continuer l'extension pour la nuit pendant au moins 15 à 18 mois!* et cela afin de *fixer le résultat et d'éviter l'adduction qui se produirait fatalement, malgré tous les appareils d'abduction employés jusqu'ici,* et qui augmenterait le raccourcissement réel de la jambe opérée. Il faut que par sa position en abduction, le fémur soutienne directement le bassin penché sur lui [1].

M. Dupont, très partisan de la résection de la hanche qu'il pratique et dont il fait le traitement consécutif d'après la technique décrite par M. Roux, croit qu'il ne faut pas trop se presser d'opérer. Il s'est fait depuis quelques années un retour d'opinion contre ces résections hâtives, qui ont été pratiquées en si grand nombre en Allemagne, grâce à Volkmann surtout et à Kœnig. Il est naturel que les chirurgiens qui tiennent la présence de la tuberculose dans une articulation, pour une affection purement locale, s'empressent d'enlever les parties malades, croyant ainsi en avoir fini une fois pour toutes.

Pour M. Dupont, la tuberculose articulaire est la manifestation locale d'une diathèse générale, et ce qui le prouve, c'est qu'on voit fréquemment des tuberculoses miliaires suivre, quelquefois d'assez près, la résection qui en détermine l'éclosion. Or l'expérience lui a appris, et il pense que beaucoup de chirurgiens ont vu la même chose, que cette généralisation des tubercules, n'est pas en rapport direct avec l'étendue et la gravité des désordres trouvés dans l'articulation. Il arrive parfois qu'une résection dans laquelle on a constaté un ou deux foyers caséeux de moyenne grandeur, est suivie d'une tuberculisation miliaire, tandis que des opérations tardives donnent avec le temps des résultats solides. M. Roux se rappelle sans doute une petite fille qu'il a opérée dans un remplacement à l'hôpital, et chez laquelle il a trouvé les désordres les plus graves. Aujourd'hui après une année environ, le résultat peut être considéré comme très satisfaisant. Dans des cas de ce genre, on est autorisé à admettre que la diathèse tuberculeuse s'est épuisée dans l'articulation. D'où, pour M. Dupont,

[1] Sous ce rapport le procédé de Kœnig ne diffère pas essentiellement de celui de Volkmann, puisque Kœnig enlève le trochanter d'un seul coup de ciseau, après en avoir détaché les insertions musculaires, et qu'il prolonge l'extension la nuit pendant *longtemps*. Il est vrai qu'il enlève, inutilement du reste, le segment supéro-postérieur du sourcil cotyloïdien pour mieux voir dans la cavité. Il reste à démontrer en quoi ses résultats fonctionnels sont meilleurs.

la nécessité d'employer la série des moyens conservateurs, avant d'avoir recours à une opération sanglante. Naturellement, il ne faut pas attendre que la constitution du malade soit trop affaiblie, et qu'un état amyloïde soit déclaré, rendant ainsi le succès impossible.

On doit se féliciter des énormes progrès réalisés de nos jours dans la question des maladies articulaires et dans la technique des résections, mais il n'est pas défendu de se tenir parfois dans une réserve prudente, que l'expérience justifie à maintes reprises.

M. Dind croit qu'on doit opérer le plus vite possible, puisque le tubercule peut, à certains égards, être considéré comme analogue au cancer.

M. Suchard a vu fréquemment la tuberculisation générale de l'individu suivre à bref délai la résection. Il croit à une absorption de tubercules par les veines béantes et demande qu'on opère à un centimètre dans le tissu sain et qu'on cautérise énergiquement la plaie après l'opération. La généralisation de la tuberculose peut être évitée par ce moyen ainsi que le montrent les observations faites à Saint-Louis. On voyait souvent dans cet hôpital les malades opérés du lupus par le grattage être atteints de tuberculose miliaire, tandis que cela n'arrive plus depuis qu'on a remplacé le grattage par la cautérisation.

M. L. Secretan fait une communication sur l'emploi de *l'antipyrine dans le rhumatisme* (voir la *Revue* du 15 déc. 1885, p. 718).

M. Morax demande si M. Secretan a vu des accidents de collapsus suivre l'emploi de l'antipyrine.

M. L. Secretan n'a jusqu'ici jamais vu de collapsus produit par l'antipyrine. Un malade, atteint de fièvre typhoïde, qui en avait pris 5 à 6 grammes en deux heures, a eu un frisson et un accès de dyspnée considérable, le pouls devint dépressible, large et lent, mais il n'y eut pas de collapsus.

M. Demiéville a observé un collapsus grave suivi d'un état comateux qui dura trois jours chez un malade qui avait pris trois grammes d'antipyrine en deux fois dans l'espace de deux heures.

M. Suchard a vu un collapsus suivi de mort chez une phtisique atteinte de pleurésie qni avait pris pendant la nuit la moitié d'une potion contenant 1,50 d'antipyrine.

M. de Cérenville constate que le traitement du rhumatisme articulaire a été beaucoup abrégé par l'introduction du salicylate de soude dans la thérapeutique. Autrefois, à l'Hôpital cantonal, six semaines de maladie étaient un minimum et les cas qui duraient trois mois n'étaient point rares. On donnait aux rhumatisants du nitre et du jus de citron; ces médicaments furent remplacés par la propylamine qui n'avait aucune action. Le salicylate de soude a diminué, non seulement la longueur de la maladie, mais aussi la fréquence et l'intensité des complications viscérales. Dans la fièvre typhoïde, au contraire, l'emploi du salicylate a augmenté la fréquence des accidents médullaires; ce fait, observé jadis par M. de Cérenville, a reçu depuis, une confirmation scientifique éclatante par les expériences de Bochefontaine qui ont démontré l'action élective que le salicylate de soude exerce sur les centres gris.

M. L. Secretan n'a pas vu un seul exemple de complications médullaires chez les malades atteints de fièvre typhoïde (40 cas environ) qu'il a traités par l'antipyrine.

M. Bugnion a observé que l'antipyrine provoque souvent une transpiration abondante.

M. L. Secretan croit que les transpirations spontanées des rhumatisants et des phtisiques ne sont pas augmentées par l'antipyrine.

M. Dind a réussi à éviter l'exacerbation vespérale de la température chez les phtisiques avec des doses de 1,0 à 1,50 gramme d'antipyrine.

M. Rogivue a eu l'occasion d'observer l'action de l'antipyrine sur lui-même lors d'une attaque de rhumatisme, l'été dernier. Il a pris 3,0 gr. d'antipyrine par jour trois fois de suite et a constaté chaque fois un soulagement rapide après l'ingestion du médicament. La température baissait de 39° à 37°, la fièvre faisait place à une agréable moiteur et la céphalalgie disparaissait presque immédiatement.

M. de Cérenville a combattu avec succès par l'antipyrine la fièvre de l'érésipèle, maladie dans laquelle le salicylate et la quinine n'agissent bien ni l'un ni l'autre.

M. Demiéville a employé sans succès le salicylate, la quinine et l'antipyrine dans plusieurs cas d'érésipèle.

M. Zimmer a été très content des effets de l'antipyrine dans l'érésipèle; il a réussi à diminuer notablement la fièvre dans quinze cas en donnant deux fois le soir 0,50 à 1,0 gramme d'antipyrine à une heure d'intervalle. M. Zimmer se demande si on n'emploie pas en général de trop fortes doses d'antipyrine.

M. L. Secretan a souvent essayé les doses faibles. Chez les femmes phtisiques 1,0 gramme suffit en général. M. Secretan commence toujours par des petites doses et les augmente jusqu'à ce qu'il ait obtenu la rémission désirée. C'est le rhumatisme qui nécessite l'emploi des plus fortes doses en sorte que 6,0 grammes par jour représentent à peu près la dose moyenne employée dans cette maladie.

M. Morax fait circuler deux intéressants dessins représentant un cas curieux de *pendaison*. Il s'agissait d'un homme de 40 ans, tombé dans la dégradation alcoolique la plus complète et qui, à défaut d'esprit-de-vin, buvait du pétrole. Après avoir chassé sa femme de chez lui et essayé sans succès de s'ouvrir, avec un rasoir, les veines du bras gauche, il se pendit à sa fenêtre avec une courroie de ceinture. Il était à genoux contre le mur, les pieds et les jambes sur le plancher ainsi que les genoux pliés. Les bras reposaient sur l'appui de la fenêtre ouverte, les mains pendant en dehors. La tête était inclinée contre le montant de la fenêtre.

Bien qu'il ne soit plus à démontrer que le suicide par pendaison n'implique pas nécessairement la suspension du corps à une certaine hauteur au-dessus du sol, le cas présenté par le Dr Morax prouve combien la position du corps des pendus par suicide peut offrir d'imprévu et de variétés.

Le Secrétaire, Dr H. Burnier.

BLIOGRAPHIE

de paralysie spinale infantile à forme rapide-
rendus des travaux du Congrès international
ession. Copenhague, 1884).

rvation présentée à la section de pédiatrie du
st l'histoire d'un enfant de 19 mois, présentant
ysie infantile qui s'était développée deux mois
ente et insidieuse sans fièvre ni convulsions ;
bres inférieurs était complète ; elle ne s'accom-
ie bien nette, le réflexe patellaire était conserve
ion galvanique était normale, et la contractilité
nuée. Aussi M. D'Espine porta-t-il un pronostic
blit en effet promptement et complètement à la
rique.
alysie infantile habituelle, due à la polyomyé-
econnaît quels sont ceux des muscles qui gueri-
sont ceux qui réagissent sous l'influence de
une forme très atténuée de la polyomyélite dans
réagissent et qui est par conséquent susceptible
rait ressortir du cas publié par M. D'Espine.

C. P.

---

ntersuchungen über den Ursprung der bleiben-
s sur l'origine des dents), avec 4 planches
gures dans le texte. *Monatschrift für Zahnheil-*

s, orné de planches, a été fait au laboratoire
nève, d'après les conseils et sous la direction
t pour but primitif de contrôler attentivement
me dans ses « Odontologische Forschungen, »
tion définitive proviendraient directement de la
des dents de lait.
ultiples soit sur l'homme, soit sur des animaux,
lement en considération des travaux de Legros
Baume, arrive non seulement à de nombreuses
hes antérieures, mais à des résultats originaux,
ieux résumer qu'en traduisant une partie des
à la fin de son travail :
héliales (allgemeiner Schmelzkeim) se dévelop-
une manière continue, d'avant en arrière ; les
entes parties de ces formations se font aussi
ême direction.
commencent à la base pour se continuer sur
héliale ; dans les cordons épidermiques, au con-

traire, les métamorphoses commencent au niveau des germes des dents de lait, pour marcher dans le sens de la lame épidermique.

c. Tout au commencement, l'organe adamantin secondaire s'accuse dans les premiers stades par une inflexion tournée du côté du rebord de la lame épidermique, et à convexité appliquée contre le germe de la dent de lait correspondante; dans les stades suivants, il se produit en cet endroit une prolifération étendue des cellules épithéliales.

d. L'organe de l'émail de la deuxième molaire se développe, sous forme d'une invagination transversale, aux dépens du col de l'organe adamantin de la première molaire, exactement comme l'organe de l'émail d'une dent définitive se dérive du col de l'organe adamantin de la dent de lait correspondante.

e. L'organe de l'émail de la dent de sagesse semble prendre son origine aux dépens d'un prolongement, dirigé en arrière, de la lame épidermique commune; et non pas, comme on l'a supposé, aux dépens du col de l'organe adamantin de la deuxième molaire.

f. Dans les premières périodes de développement, chaque germe d'une dent de lait est soudé avec celui de la dent de remplacement correspondante, au moyen du sac dentaire embryonnaire; de sorte qu'il y a continuité des enveloppes des deux germes, au moyen d'un pont de substance, entourant le cordon de réunion.

g. L'origine du cordon épithélial de réunion est entourée d'une couche spéciale de tissu conjonctif embryonnaire qui devient plus épaisse contre le rebord de la lame épidermique et vient se souder contre cette dernière en même temps qu'une couche enveloppante provenant du sac dentaire primitif de la dent de lait.

h. Le sac dentaire primitif de la dent de remplacement, de même que les enveloppes embryonnaires connectives de l'organe adamantin secondaire, est relié, d'un côté, avec le périoste alvéolaire, et, de l'autre côté, avec le tissu conjonctif sous-muqueux.

i. Des trois conclusions précédentes, il résulte qu'il y a un pont fibreux, qui accompagne les formations épithéliales, sous forme d'une enveloppe distincte.

k. Les germes des dents de remplacement possèdent un système circulatoire, dérivé des troncs vasculaires, et qui, pour commencer, ne nourrit que les germes des dents de lait.

—

J. Dabier. Les microbes de la broncho-pneumonie diphtéritique.
Comptes rendus de la Société de biologie, 7 nov. 1885.

L'auteur, complétant les études qu'il avait entreprises pour sa thèse inaugurale (analysée dans cette *Revue*, 1885, p. 379) sur les microbes de la bronchopneumonie diphtéritique, par la culture et l'inoculation, expose les résultats de ses recherches, qu'il résume en ces termes :

« On trouve dans les poumons atteints de bronchopneumonie diphtéritique, en dehors du micro-organisme spécifique, des microbes variés qui appartiennent aux espèces *staphylococcus aureus*, *streptococcus pyogenes* et

peut-être *staphylococcus albus*. Ces microbes ont une action pyogène évidente et viennent par leur présence compliquer la maladie primordiale. Ils ont pour effet tout au moins d'aggraver l'inflammation pulmonaire causée soit par le bacille diphtérique, soit par l'intoxication du sang, et de provoquer la suppuration des lobules. Cette conclusion confirme l'hypothèse que j'avais émise dans ma thèse.

« Il est fort probable en outre qu'il s'agit là d'un fait assez général dans la pathologie : une fois qu'un microbe a infecté l'organisme, il prépare la voie à d'autres parasites très répandus qui germent sur le terrain ainsi modifié et ajoutent leur action à celle du micro-organisme spécifique.

« Les modalités diverses que peut présenter une même maladie ne tiennent peut-être pas à une autre cause. » C. P.

VARIÉTÉS

Caisse de secours pour les médecins suisses. — Reçu en décembre :
Argovie. — R. S. à Z. (IIIme don), 20 fr. — (20 + 1152 = 1172 fr.).
Appenzell. — Société des médecins d'Appenzell des 2 Rhodes, 100 fr. — (100 + 160 = 260).
St-Gall. — Société médicale Sargans-Werdenberg, 100 fr. Dr C. Schuler, 25 fr. — (125 + 3980 = 4105).
Neuchâtel. — Mme Dr Werdmüller, en souvenir de feu son mari, 20 fr. — (20 + 443 = 463).
Schwytz. — Dr Steinegger senior (IIIme don), 10 fr. — (10 + 80 = 90).
Thurgovie. — Dr E. H., à Frauenfeld (IIme don), 50 fr. — (50 + 830 = 880).
Vaud. — Dr L. Secretan, 40 fr. — (40 + 640 = 680).
Zoug. — Dr F.-J. Reidhaar (IIme don), 10 fr. — (10 + 210 = 220).
Total : 375 + 20,880 des listes précédentes = 21,255 fr.
Bâle, 2 janvier 1886. *Le Trésorier* : A. Baader.

ÉTUDIANTS ET ASSISTANTS EN MÉDECINE DES QUATRE UNIVERSITÉS SUISSES

Semestre d'Hiver 1885-1886.

		SUISSES				ÉTRANGERS		TOTAUX	
		du canton		d'autres cantons					
		Messieurs	Dames	Messieurs	Dames	Messieurs	Dames	Étudiants	Assistants
Bale...	Étudiants.....	22	—	82	—	17	—	121	—
	Assistants.....	..	..	..	..	..	..	..	6
Berne..	Étudiants.....	51	—	84	—	22	41	198	—
	Assistants.....	..	..	..	..	..	..	..	2
Genève.	Étudiants.....	26	—	55	—	34	9	124	—
	Assistants.....	8	..	14	2	7	..	..	31
Zurich .	Étudiants.....	59	2	84	5	36	21	207	—
	Assistants.....	..	..	..	..	..	..	..	?
						Total..		650	?

BULLETIN DE STATISTIQUE MORTUAIRE ET

Rédigé par le prof. P.-L. DUNANT

DÉCÈS	à Genève (Genève, Plainpalais, Eaux-Vives)				à Lausanne (la commune de)			
	71,458 habitants				31,856 habitants			
ANNÉE 1885	DÉCEMBRE			Mois précédent.	DÉCEMBRE			Mois précédent.
	Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total	
Variole	....	....	....	1.	....	....	....	....
Rougeole	....	....	....	1.	2.	....	2.	2.
Scarlatine	....	....	....	....	....	2.	2.	....
Diphtérie, croup	....	....	....	4	1.	1.	2.	2.
Coqueluche	....	....	....	....	....	1.	1.	....
Erysipèle	....	....	....	1.	1.	....	1.	....
Fièvre typhoïde	1.	2.	3.	3.	....	....	....	....
Dysenterie	....	....	....	....	....	....	....	....
Infection puerpérale	....	....	....	....	....	....	....	1.
Autres infections	....	....	....	....	....	....	....	....
Phtisie pulmonaire	18.	4.	22.	18.	3.	1.	4.	10.
Bronchite chronique	....	2.	2.	3.	1.	....	1.	1.
Bronchite aiguë	2.	1.	3.	5.	....	2.	2.	1.
Pneumonie	4.	....	4.	7.	3.	2.	5.	4.
Pleurésie et suites	1.	....	1.	3.	1.	....	1.	....
Autres affect. respir.	1.	3.	4.	2.	5.	....	5.	2.
Affections cardiaques	3.	5.	8.	6.	2.	3.	5.	4.
Autres circulatoires	....	2.	2.	3.	1.	....	1.	....
Diarrhée, athrepsie	4.	1.	5.	2.	3.	....	3.	9.
Autres affect. digest.	3.	2.	5.	3.	1.	2.	3.	7.
Apoplexie	2.	3.	5.	5.	....	1.	1.	1.
Autres affect. nerv.	7.	4.	11.	6.	2.	3.	5.	7.
Affect. génito-urinair.	8.	3.	11.	9.	....	3.	3.	2.
Autres affections générales	2.	3.	5.	6.	....	3.	3.	3.
Autres affections locales	3.	4.	7.	12.	....	1.	1.	2.
Traumatisme	3.	1.	4.	1.	....	....	....	1.
Mort violente	4.	....	4.	4.	....	....	....	1.
Causes non classées	2.	....	2.	3.	....	....	....	2.
TOTAL DES DÉCÈS	68.	40.	108.	118.	26.	25.	51.	62.
dont dans les hôpitaux	22.	9.	31.	29.	9.	6.	15.	19.

DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES ET PRÉDOMINANTES

DANS QUELQUES AUTRES VILLES SUISSES

D'après les chiffres des Bulletins hebdomadaires du Bureau fédéral de statistique.

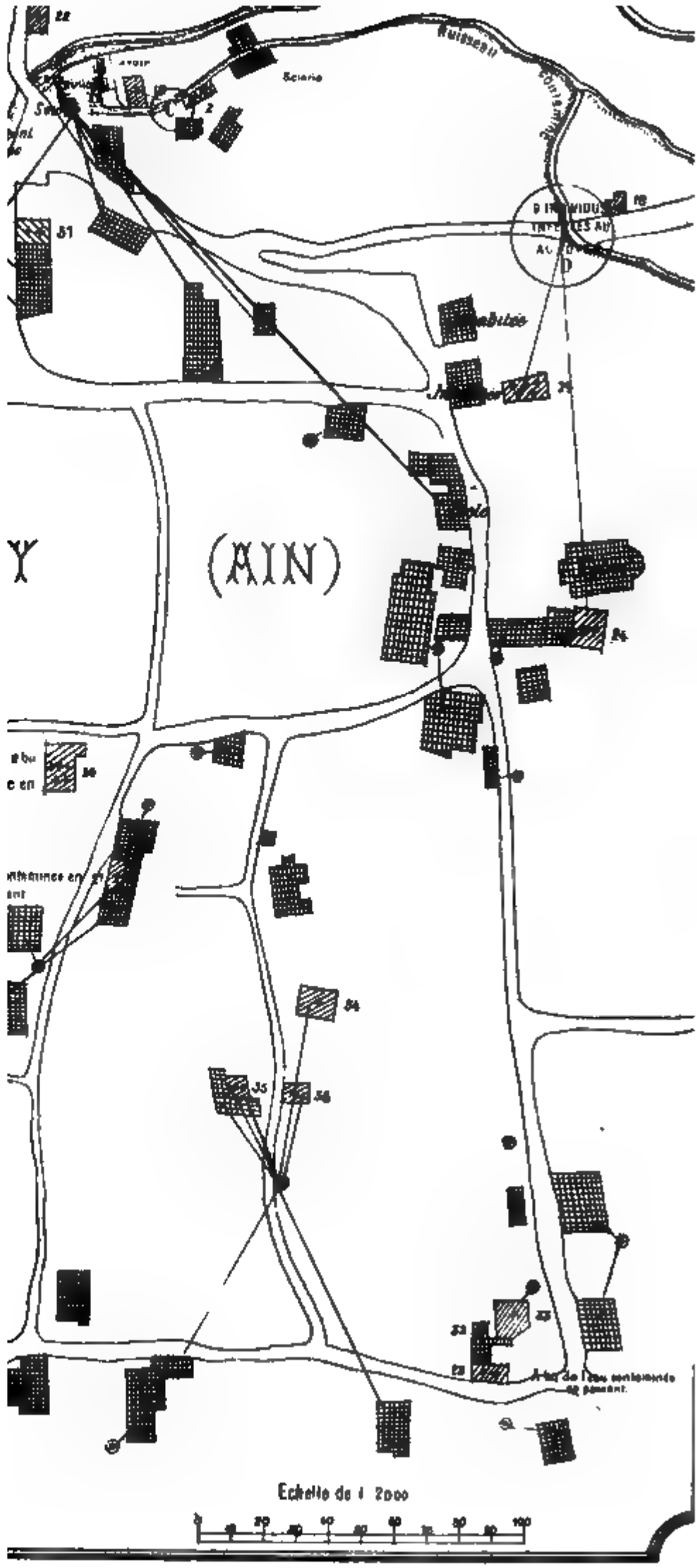
Du 29 novembre 1885 au 2 janvier 1886 (5 semaines).

VILLES SUISSES de plus de 10,000 habit[ts]	Population calculée 1er juillet 1885	Total des décès.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Fièvre typhoïde et typhus.	Infection puerpérale.	Phtisie pulmonaire.	Affections respir. aiguës.	Entérite des jeunes enfants.	Autres causes.
Zurich agglomération	.84,785	.167	..8.	....	....	..1.	..2.	....	....	.21.	.12.	.11.	109.
Bâle.....	.68,992	.120	..3.	....	...	..3.	..2.	..5.	..2.	21.	.10.	..8.	.66.
Berne	.47,793	.(16	....	....	....	..7.	..5.	....	....	.16.	.18.	..5.	.65.
Chaux-de-F.	.23,614	..44	. ..	...	....	..6.	....	..1.	....	..4.	..5.	..1.	.27.
Saint-Gall ..	.23,621	..56	....	....	....	....	....	....	..1.	. 3.	..6.	..3.	.43.
Lucerne....	.19,875	..42	....	....	....	....	..3.	....	....	..4.	..5.	..2.	.28.
Neuchâtel ..	.16,662	..31	....	....	....	....	....	....	....	..5.	..6.	..2.	.18.
Winterthour	.15,516	..18	....	....	....	....	....	....	....	..2.	..2.	..1.	.18.
Bienne.....	.13,282	..24	....	....	....	..8.	....	..1.	....	..8.	.4.	....	.13.
Schaffhouse.	.12,479	..18	....	....	....	....	....	....	..1.	..2.	..2.	..2.	.11.
Hérisau....	.11,708	..25	..3.	....	....	..2.	..1.	..1.	....	..3.	..1.	..1.	.18.
Locle.....	.10,524	..21	...	....	....	....	....	....	....	..1.	..9.	..1.	.10.
Ensemble [1].	463,445	.890	.14.	..4.	..2.	.24.	.15.	.11.	..4.	121.	.99.	.46.	550
5 semaines précédentes		*.800*	*..8.*	*..1.*	....	*.27.*	*.12.*	*.12.*	*..2.*	*130.*	*.77.*	*.31.*	*500.*

DÉCÈS DU 1er JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1885

comparés avec ceux de l'année 1884

DÉCÈS	à Genève (Genève, Plainpalais, Eaux-Vives)				à Lausanne (la commune de)				à Fribourg (la commune de)			
	71,458 habitants				31,856 habitants				11,840 habitants			
ANNÉE 1885	ANNÉE 1885			Année précédente.	ANNÉE 1885			Année précédente.	ANNÉE 1885			Année précédente.
	Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total	
Variole	1.	4.	5	*17*	1.	4.	5.	*1.*	....	....	....	....
Rougeole	1.	1.	2	*1*	3.	2.	5.	*2.*	....	....	....	....
Scarlatine	....	....	....	*2*	1.	2.	3.	*8.*	....	....	....	....
Diphtérie, croup	10.	8.	18	*32*	3.	5.	8.	*32.*	....	1.	1.	*1.*
Coqueluche	2.	1.	3	*48*	1.	3.	4.	*9.*	1.	2.	3.	....
Erysipèle	6.	5.	11	*7*	6.	....	6.	*2.*	1.	3.	4.	*1.*
Fièvre typhoïde	11.	10.	21	*190*	5.	5.	10.	*2.*	1.	....	1.	*1.*
Dysenterie	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Infection puerpérale	....	12.	12	*7*	....	7.	7.	*6.*	....	6.	6.	*3.*
Autres infections	....	2.	2	....	3.	1.	4.	....	....	....	....	*3.*
Phtisie pulmonaire	158.	94.	25.	*258*	60.	36.	96.	*83.*	23.	16.	39.	*40.*
Bronchite chronique	31.	39.	70	*86*	11.	15	26.	*17.*	9.	9.	18.	*17.*
Bronchite aiguë	23.	26.	49	*40*	8.	10.	18.	*18.*	6.	4.	10.	*9.*
Pneumonie	48.	40.	88	*107*	30.	20.	50.	*36.*	15.	10.	25.	*20.*
Pleurésie et suites	15.	7.	22	*12*	8.	3.	11.	*5.*	....	....	....	....
Autres affect. respir.	19.	20.	39	*15*	18.	13.	31.	*40.*	2.	....	2.	*6.*
Affections cardiaques	51.	90.	141	*129*	31.	29.	60.	*58.*	13.	14.	27.	*32.*
Autres circulatoires	9.	14.	23	*6*	4.	1.	5.	*4*	2.	2.	4.	*3.*
Diarrhée, athrepsie	38.	38.	76	*119*	42.	37.	79.	*84.*	17.	17.	34.	*32.*
Autres affect. digest.	42.	33.	75	*56*	27.	32.	59.	*75.*	17.	9.	26.	*29.*
Apoplexie	26.	28.	54	*44*	11.	11.	22.	*31.*	8.	9.	17.	*12.*
Autres affect. nerv.	85.	67.	152	*175*	33.	32.	65.	*66.*	20.	14.	34.	*33.*
Affect. génito-urinair.	43.	48.	91	*96*	7.	15.	22.	*24.*	2.	7.	9.	*15.*
Autres affections générales	36.	41.	77	*80*	33.	30.	63.	*41.*	3.	6.	9.	*5.*
Autres affections locales	52.	54.	106	*118*	11.	11.	22.	*18.*	10.	6.	16.	...
Traumatisme	18.	4.	22	*19*	4.	2.	6.	*12.*	4.	....	4.	...
Mort violente	18.	4.	22	*10*	17.	1.	18.	*13.*	2.	1.	3.	...
Causes non classées	18.	18.	36	*57*	5.	3.	8.	*15.*	17.	17.	34.	*2*
TOTAL DES DÉCÈS	761.	708.	1469	*1776*	383.	330.	713.	*697.*	173.	153.	326.	*29*
dont dans les hôpitaux	228.	173.	396	*532*	113.	74.	187.	*168.*	49.	43.	92.	*8*


Sciarie
(AIN)
Echelle de 1 2000

VI^me ANNÉE. — N° 2. 15 FÉVRIER 1886.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Fièvre typhoïde épidémique à la campagne. — Infection par l'eau potable. — Traitement par la méthode de Brand,

Par le Dr J. Balliver, de Saint-Genis-Pouilly (Ain).

(Suite et fin [1].)

§ 2. Traitement. — Tous mes malades, sauf six abandonnés au début de l'épidémie à l'expectation presque simple, ont été soumis à la réfrigération selon les procédés et dans les proportions qui suivent :

1° Lotions, compresses et lavements froids : 14 cas.

2° Bains froids de 2 à 5 minutes de durée : 13 cas chez des enfants.

3° Méthode de Brand vraie : 35 cas, adultes pour la plupart.

Quarante-huit typhiques ont donc été baignés.

La lecture des publications du Dr Glénard sur la matière et la vaillante lutte qu'il avait soutenue, les résultats de la pratique lyonnaise et l'imposante manifestation des médecins des hôpitaux de cette ville en faveur de la méthode de Brand avaient solidement établi ma conviction sur sa valeur thérapeutique. Mais l'insuffisance de mon expérience personnelle ne me permettait pas d'aborder sans hésitation un pareil traitement. En second lieu, comme la plupart de mes confrères, je m'exagérais outre mesure les difficultés d'application et ne croyais guère possible de l'ériger en système dans une épidémie de campagne.

[1] Voir le n° de janvier 1886.

u de gravité des premièr
it pas de nature à justifie

n hésitation ne devait pa
rgit en effet le cas d'une je
lant le premier septénaire
roides, devint tout à coup
trêmement alarmante. A
aminente. Je venais de pr
s et quelques-uns lui ava
op de timidité et sans succ
Dr Bouveret. De concert,
rand suivant toutes ses r
guérison inespérée frappa
nt l'épidémie progressait
r cet exemple de l'aggrav
thiénentérie la plus sim
nent traitée ; encouragé
ait de toute évidence à la
un des champions les plu
méthode de Brand, je p
systématiquement à tous
ue.
tion de la méthode. — Il
plusieurs sortes paraiss
it :
éfiances et aux préjugés d
énurie du matériel classiq
uffisance du personnel ;
ujettissement et à la resp
nme on va le voir toutes
que réelles.
lques rares exceptions la
bains froids qui devaient,
s et leur causer des flux
auraient, je crois échoué
Sur de tels esprits l'exem
t que les paroles. Or cette
poser la confiance par le
nmédiats. *Il n'y a que l*
tion visible et renouvelé

premiers malades et la guérison surprenante de la première malade baignée, jointes à notre patience et à une argumentation persévérante eurent vite triomphé de toutes les résistances. De l'hostilité on passa même à l'engouement. Plusieurs individus atteints de formes abortives, quelques malades mêmes à la période prodromique de leur fièvre allèrent se baigner seuls dans la rivière. A la moindre menace on se mettait à l'eau et on s'en trouvait bien.

Le luxe et la façon dans le matériel importent peu; l'essentiel c'est que le récipient de l'eau soit étanche, d'une capacité suffisante et d'une forme qui s'adapte à la position assise ou couchée. Or à la campagne nombreux sont les récipients qui peuvent remplir ces conditions. Les cuviers à lessive pour les grandes personnes et les tonneaux sciés par le milieu pour les enfants sont des baignoires suffisantes. Quelques personnes généreuses ont bien voulu mettre à notre disposition les baignoires en zinc qu'elles possédaient; nous les avons utilisées avec empressement; cuviers et tonneaux ont fait le reste.

On trouve généralement à la campagne de l'eau en quantité suffisante et à proximité des habitations. Mais il n'en était pas ainsi dans ces agglomérations du Carre et de Molard qui sous ce rapport étaient dans une pénurie extrême, grâce à la sécheresse exceptionnelle de l'été 1884. Dans certains ménages pauvres l'approvisionnement d'eau était d'une réelle difficulté. Mais la charité publique et privée s'était chargée de la résoudre et par ses soins chaque jour, matin et soir, des voitures d'eau venaient la déposer à la porte des habitations éprouvées. Il n'est pas d'ailleurs nécessaire de changer l'eau à chaque bain : toutes les douze heures si possible; sinon au moins toutes les vingt-quatre heures. En outre l'aménagement spécial des maisons dans les campagnes et la situation de l'appartement au rez-de-chaussée font de la préparation du bain une opération relativement facile.

Quatre religieuses et un infirmier étaient préposés au service des malades. Le grand nombre de ces derniers et la misère de la plupart, plus encore que la nature du traitement lui-même, nécessitaient le concours d'un tel personnel qui d'ailleurs nous avait été gracieusement offert. Dans les familles aisées ou à un seul malade l'entourage habituel suffisait.

La méthode de Brand n'a pas en effet, au point de vue du nombre et de l'intelligence des aides, les exigences qu'on lui

prête. Deux personnes sont nécessaires au
une seule dans l'intervalle. Elle doivent êtr
ter sans gêne et sans secousse le malade
baignoire et réciproquement.

Quant à la technique de la balnéation, ell
ment, deux ou trois leçons suffisent. A leur
rimentés instruisent les autres et ainsi
température, durée du bain, précautions a
et après, toutes ces indications sont facile
faciles à remplir. La prescription médicale
vingt-quatre heures, les aides n'ont qu'à s'
ment. Ils ont d'autre part été mis au couran
tions qui peuvent survenir dans cet interv
exemple qu'ils doivent suspendre les bains
d'hémorragie, de douleur dans le ventre, de
persistante. Sans doute les températures p
sont d'un précieux secours, mais elles ne s
bles ; une température rectale le matin et
trois heures après un bain suffisent au méde
que comporte cette règle ne sont assuréme

En somme, à part la manœuvre spéciale
il n'y a pas pour l'entourage du malade une
duire différente de celle qu'exige tout aut
donne un bain comme on fait ingurgiter u
ou comme on administre un lavement. S'il f
ne faut ni plus, ni moins d'habileté dans un c

Toujours est-il qu'au bout de peu de jou
Thoiry était familiarisée avec tous les dé
nuances de la méthode et que celle-ci éta
toutes ses règles dans les milieux les moi
telle pratique. J'en donnerai un exemple
frères G. L. habitaient seuls, sans parents e
une maison un peu isolée, n° 27. Le cadet a
malade ; son frère le baigne selon la méthod
rapidement. A son tour, l'aîné est frappé
cent lui cède sa place au lit et se fait un
aussi le même service. Ces deux frères se so
mutuellement.

Il semble que l'assujettissement et la re
decin traitant doivent s'accroître avec un
Je n'ai pu moi-même me défendre de cette i

subi les conséquences sans plus de profit pour les malades. Mon inexpérience de la méthode, une confiance assez limitée dans mes aides au début m'inspiraient des appréhensions et jointes au désir de m'instruire et d'étudier la méthode à fond me poussaient à une surveillance assidue, méticuleuse, qui me paraîtrait bien exagérée aujourd'hui. L'indication du bain froid étant nette et bien saisie dans un cas donné de fièvre typhoïde, c'est une médication sûre et sans danger, et après l'avoir prescrite le praticien peut se retirer en toute sécurité.

Application de la méthode. — Les lotions froides pratiquées toutes les deux ou trois heures, les compresses renouvelées aussi souvent que possible sur le ventre et sur la tête et quelques lavements froids ont été le traitement des cas légers et même de quelques cas assez graves qui contre-indiquaient les grands bains froids. C'est ainsi que j'ai dû me contenter de ces moyens chez un cardiaque qui a été pris d'une hémorragie intestinale précoce ; chez M^lle^ G..... malgré ses températures élevées, à cause de sa répulsion invincible pour l'eau froide ; chez Chev..... en raison de son âge avancé, 60 ans. En général ce procédé de réfrigération convient aux individus qui ont passé 50 ans, et c'est à cette catégorie que je l'ai surtout appliqué ; il est incomplet et ne mérite pas une confiance absolue.

Dans bien des cas les lotions et les compresses ont suffi chez les enfants. Pour la plupart d'entre eux, cependant, je n'ai pu m'en tenir à cette pratique et j'ai dû recourir aux bains : 6 à 12 bains par jour ; température de l'eau, 20° ; durée du bain, 2 à 5 minutes. Au lieu d'une immersion complète, je me suis contenté dans la moitié des cas de la demi-immersion avec affusions sur la tête, les épaules et le dos. 13 enfants ont été baignés, soit un total d'environ 700 bains.

35 malades compris pour la plupart entre 13 et 40 ans ont été traités d'après la méthode Brand ; les uns rigoureusement et dès le début, les autres irrégulièrement ou plus ou moins tardivement. Ces derniers d'ailleurs sont en petit nombre. Ils représentent cette catégorie de malades qui au début n'inspirent pas d'inquiétude, sont traités avec plus ou moins de mollesse et qui subitement ou progressivement arrivent à une hyperpyrexie qui exige une intervention énergique. Tous les typhiques soumis de bonne heure à la méthode de Brand paraissaient sévèrement frappés et présentaient dès le quatrième jour des températures rectales comprises entre 40° et 41°.

Les bains froids étaient administrés de la manière
nombre de bains : 8 à 12 par jour, c'est-à-dire toutes
ou trois heures, le jour et la nuit ; durée de chaque b
à 20 minutes ; température de l'eau 16° à 20°. Le nc
bains était réglé d'après la durée de la rémission ob
le bain type de 20°, 15 minutes ; sa température et
d'après le degré de cette rémission. Pendant le bain
froide sur la tête et ingestion d'un plein verre d'eau
La formule de Brand était appliquée jusqu'à la chu
tante de la température au-dessous de 38°,5. Plus de 2
ont été donnés d'après ces règles.

L'alimentation et les soins hygiéniques complétaien
cation ou du moins en faisaient partie. Après chaq
bouillon, potage ou chocolat et un petit verre de vin ;
tervalle des bains, eau froide à boire à volonté et lait
dance. En outre irrigations de la bouche et gargarism
ments froids contre la constipation, lavements cl
iodoforme contre les diarrhées fétides, compresses f
le ventre et sur la tête, enfin aération et propreté
bres.

Tel fut le traitement employé. A part quelques pris
nine et quelques grammes d'extrait de quinquina p
convalescence, toutes les drogues furent proscrites. L
et extra fut à peu près mon unique médicament.

Résultats. — Ma statistique comprend 3 décès sur
des. Il importe avant tout d'examiner les observation
lades qui ont succombé :

Marie B., servante, 24 ans, originaire de la Suisse a
Très misérable et sans domicile, cette malade fut tr
des conditions hygiéniques déplorables. Elle tombe
20 août et meurt le 13 octobre. N'ayant pu obtenir son
à l'hôpital, je dus la soigner d'abord dans une cav
puis dans un grenier ouvert à tous les vents. T. r. 4
le soir à la fin du premier septénaire et 41° le matin
vai des difficultés inouïes à vaincre cette fièvre. Je
cette malade près de 250 bains, variant les températu
à 20° et la durée des bains de 15 à 25 minutes. Cet
entrait cependant en convalescence après cinq sem
fièvre lorsqu'elle fut prise d'un enrouement auquel e
d'abord pas garde. Je la perdis de vue quelques jour
lesquels à peine vêtue elle s'exposa au froid et reprit

bre je fus rappelé auprès d'elle et la trouvai
ès de suffocation. A partir de ce moment cor-
accès de suffocation répétés une ou deux fois
s. Refus persistant de la trachéotomie que je
nsistance comme dernière ressource. Dans la
octobre survint un accès rapidement mortel.
: abcès de l'arc postérieur du cricoïde dont
létruit en partie, léger œdème des replis ary-
trachéotomie acceptée à temps aurait pu être

écès est celui de Berth..., 43 ans, journalier,
rable. Tombe malade le 23 septembre, meurt
ez bien baigné, mais mal nourri, mal soigné
andonné dans l'intervalle de ses bains. A par-
ses températures sont normales et les bains
fais le 28, à la suite d'un traumatisme du côté
, ce malade est pris d'un point douloureux du
sente tous les signes d'une pneumonie franche
mbe le 31 au soir.
lécès est celui de la femme Jac....., 43 ans ;
encombrement et malpropreté ; dévorée par
es et les punaises ; quatre atteintes antécé-
famille frappant successivement son mari et
'elle soigne jours et nuits depuis un mois et
peu commun. Elle est prise le 5 octobre et
mbre. Adynamie précoce et profonde ; la ma-
nvalescence le 2 novembre et les bains sont
s quatre jours lorsque surviennent des acci-
on intestinale compliqués, après trois jours, de
naire généralisée qui entraîne rapidement la

ces, dans lesquelles ces 3 décès sont survenus,
re, je crois, à faire écarter toute idée de rela-
cès et le système de traitement employé. On
tégorie des malades baignés compte seule des
'ait guère en être autrement, puisque cette ca-
l les plus graves atteintes.
e 4,4 % dans cette épidémie est bien inférieure
bituelle. Ce résultat doit-il être attribué au

à cette question nous devons tout d'abord

ɔr si cette épidémie était grave ou non. S
de cas étaient bénins et pouvaient se pas
ation énergique, mais les deux tiers des forn
e abord menaçantes; les formes hyperpyrétiq
uses et les formes thoraciques graves n'é
)'ailleurs la méthode de Brand hâtivement
la fièvre typhoïde et transforme la fièvre la
.u début en une fièvre qui reste grave sans d
ue avec régularité et sans complications. On
après cela que cette épidémie aurait acquis
ɜ grande encore si elle n'avait pas été éner
ɔue. Il est vrai que l'épidémie de Genève do
a présenté une bénignité relative, puisque, d
ıements qui m'ont été fournis, sa mortalité n
3 %. Mais si l'on considère d'un autre côté q
ɜ frappe en général des coups terribles dans l
ırales où l'accoutumance ne s'est pas établi
.é habituelle y devient supérieure à celle de
.rmer que l'épidémie de Thoiry présentait un

.

nviens d'ailleurs qu'une statistique reposa
de cas assez restreint n'a pas, envisagée isol
ıleur. Mais la concordance exacte de ces ch
ɜ praticiens qui depuis vingt années emploi
la concordance de ce résultat avec ceux p
ɜt par Glénard donne à cette statistique ı

euve la plus frappante de la supériorité du
npression profonde que produit sur l'esprit d
fication heureuse et souvent immédiate qu'
ıation d'un typhique gravement atteint et
Y a-t-il dans l'arsenal pharmaceutique un ɜ
cette vertu au même degré ? Je me suis ten
res et presque des journées entières au chev
ıi me paraissaient voués à une mort certain
de leurs améliorations subites ou progres
ıce des bains froids j'ai puisé la conviction
ion leur avait sauvé la vie. Les limites que
dans ce travail ne me permettent pas de
es observations ; je me contenterai de citer
ɜ plus saisissantes :

Observation I.—*Forme adynamique.*—Eugénie M.. couturière, 22 ans, bonne santé antérieure; tombe malade le 25 juillet. Pendant le premier septénaire, la marche de sa fièvre typhoïde est régulière, le processus fébrile modéré : température, 39°,5 le matin, 40° le soir : le pouls reste au-dessous de 100 p. Traitement : lotions et compresses froides, sulfate quinine de 50 centigr. à 1 gramme par jour, alcool, thé et café.

Mais du 8me au 10me jour la température monte atteignant 41°,5 le soir du 10me jour, pouls 112 ; langue sèche et fuligineuse, délire continu, pâleur de la face, ballonnement du ventre. En 12 heures l'état adynamique devient des plus graves. Le matin du 11me jour, je lui donne deux bains froids ; le soir, je la vois avec le Dr Bouveret ; son état est le même : tempér. 41°,5, p. 116. Mon pronostic est des plus sombres ; mais mon ami m'affirme que rien n'est perdu si le traitement de Brand que nous allons prescrire est ponctuellement exécuté. Prescription : un bain à 20°, de 15 minutes, toutes les trois heures. Deux bains sont donnés sous nos yeux. Dix minutes après chaque bain la température est abaissée de 8 dixièmes de degré, le pouls ralenti de 10 à 15 pulsations, le délire momentanément supprimé, le facies meilleur. L'amélioration générale est des plus visibles. Nous quittons la malade à 8 heures du soir, emportant une bonne impression de notre dernière visite, et non sans renouveler à son entourage la recommandation de continuer les bains la nuit suivant la prescription.

Le lendemain matin à notre arrivée, grande fut notre surprise de trouver la famille en pleurs ; la malade venait d'être administrée et on nous la dit en train de mourir !..... Elle est en effet sur la limite du collapsus hyperthermique : tempér. 41°,8, p. 128, pâleur mortelle, insensibilité complète. Comme Bouveret et moi nous avions laissé la malade dans une situation relativement satisfaisante la veille au soir, nous sommes étonnés de la trouver dans un état si grave. On nous apprend alors qu'on n'a pas osé la baigner la nuit de peur de l'affaiblir davantage ; on pense d'ailleurs qu'il n'y a plus rien à faire et que le mieux est de laisser la pauvre fille mourir en paix. Préparer un bain et y plonger la malade est pour nous l'affaire d'un instant; les bonnes femmes qui nous entourent haussent les épaules et notre cruauté les fait frémir. Mais à peine la malade est-elle restée quelques minutes dans l'eau qu'elle semble renaître à la vie ; elle s'agite et ouvre la bouche pour parler. A sa sortie du bain, l'amélioration qu'elle présente frappe tous les assistants. Cependant sa température ne s'est abaissée que d'un degré et la rémission ne persiste qu'une heure et demie à peine ; nous prescrivons alors : un bain 20°, dix minutes toutes les deux heures. Quinze jours durant, cette formule est appliquée sans défaillance ; l'amélioration constante après chaque bain, malgré le retour offensif de la fièvre à la fin de chaque intervalle qui les sépare, donne du courage et l'espoir qu'on finira par être maître du mal. En effet, à partir du 25 août les rémissions sont plus persistantes ; on diminue alors le nombre des bains; le fastigium thermique atteint 39° r. à peine; le délire

diminue, la langue s'humecte, l'appétit renaît. Au commencement de septembre la convalescence s'annonce franchement et n'est en rien entravée; du 10 au 15 la guérison est complète. Cette malade a pris 175 bains.

Observation II. — *Forme adynamique.* — Louis M., frère de cette dernière, 19 ans, bonne santé antérieure, profession de diamantaire. Tombe malade un jour avant sa sœur, le 24 juillet. Sa fièvre typhoïde paraît des plus bénignes : pendant deux semaines et demie ses températures rectales ne dépassent pas 39°,8 le soir, et son pouls ne bat pas 100. Traitement : sulf. quinine à la dose de 1 gramme, lotions froides, alcool, thé et café. Mais à la fin du 3me septénaire la fièvre augmente progressivement et se met à dépasser 40° r. le soir, sans complications thoraciques ou autres; parallèlement, le pouls devient rapide et bat de 120 à 130 p. En même temps, le malade tombe dans un état d'adynamie alarmant, il entre dans le 4me septénaire de sa dothiénentérie avec des températures toujours très élevées, 40°,5, et un pouls à 130, petit, mou, un peu irrégulier. Le matin du 25me jour (18 août), je lui trouve la figure pâle et défaite, un pouls misérable à 130 p., la peau extrêmement chaude; je venais de briser mon thermomètre et je ne pus prendre sa température; la respiration est accélérée; à peine quelques râles dans la poitrine. C'était le collapsus à bref délai si je n'intervenais énergiquement. Séance tenante, j'administre moi-même au malade un bain de 18°, 5 minutes de durée, en prenant, bien entendu, toutes les précautions pour éviter la syncope qui était à craindre en pareil cas, vu l'état d'adynamie cardiaque. Amélioration manifeste après ce premier bain; le pouls tombe à 100 p. Prescription pour la journée : un bain 20°, 5 minutes toutes les deux heures; le lendemain : bains toutes les trois heures. Le surlendemain les températures sont normales, le malade demande à manger, la guérison est définitive.

Ces deux observations prouvent qu'il n'est pas toujours prudent, quoiqu'on en dise, de confier à la nature et même à la quinine aidée des toniques, certaines dothiénentéries qui pendant un et même deux septénaires paraissaient justiciables de l'expectation ou d'un traitement simple. Si ces deux malades eussent été baignés dès le 4e ou le 5e jour de leur fièvre, ils n'eussent pas couru le danger de la mort. La médication employée tardivement a cependant fait merveille et sa puissance éclate dans ces deux guérisons. On remarquera que j'ai appliqué au second malade des bains de 5 minutes seulement. C'est que dans ces cas d'adynamie cardiaque avec syncope imminente, il y aurait danger à prolonger le bain au delà de cette durée et sans profit d'ailleurs; car dans ces mêmes conditions un bain froid et court abaisse suffisamment la température et du même coup tonifie le cœur et le système nerveux. Je n'ai pas eu à re-

as l'absence d'un thermomètre; une heure
ain le bien-être dont toute la physionomie de
it empreinte, le calme, la régularité de sa
leur très modérée de sa peau et les signes du
irrégulier, presque incomptable tombe à 100
res et bien frappées me prouvent que j'ai at-
ai prévenu un collapsus très probable sans

– *Forme ataxique.* — François Gr-g., charpentier,
lature, d'une santé et d'une vigueur peu communes.
août. Le soir du 4me jour, tempér. ax. 40°,3, pouls
à délirer; la nuit suivante il est pris d'une manie
olente que quatre hommes sont nécessaires pour le
me jour, tempér. r. 40°,6, pouls 102. Prescription :
nutes, toutes les deux heures. Après chaque bain,
ne heure pour recommencer après; mais elle subit
ressive et sensible d'un jour à l'autre. Le matin du
jours de traitement, nous trouvons ce malade com-
: plus d'agitation, plus d'ataxie, il nous reconnaît
isonnab'ement; temp. r. 39°,5; pouls 100. A partir
uit une marche regulière, et il entre en convalescence
onvalescence n'est entravée que par une éruption de
s et d'abcès sous-dermiques multiples tellement nom-
ines règions, à la fesse par exemple, ils se touchent
sements antiseptiques après incision de chacun de ces
pas examinée. Retour d'une fièvre moderée, 38°,5,
s abcès; l'appétit est conservé. Au 1er septembre, la
.

– *Formes thoraciques graves.* — Mlle L.. 30 ans, et
ans, ont présenté l'une et l'autre des formes hyper-
iques redoutables : congestion pulmonaire initiale
d'elles, dyspnée considérable et menaces d'asphyxie.
puis suppression merveilleuse des phénomènes con-
tiques dès les premiers bains. Retour de la maladie à
e qui évolue sans complications thoraciques jusqu'à
, qui s'annonce chez la première le 18me jour, et le
.

nous offre le plus bel exemple de l'influence
n froid sur les accidents thoraciques de la

. Mme Berth, 47 ans, petite femme maigre, chétive,

très déprimée par des chagrins de toute nature. Prise de fièvre le 26 septembre : température 40°,5 le soir du quatrième jour; adynamie précoce, pouls de 120 à 130 dès le début de sa maladie. Prescription : un bain 20°, 10 minutes toutes les trois heures. Cette formule est rigoureusement appliquée malgré l'âge de la malade, en raison d'accidents thoraciques graves qui surviennent vers le dixième jour : congestion pulmonaire d'abord limitée aux deux bases et qui se généralise bientôt à toute l'étendue des deux poumons; température r. de 40°,5 à 41°, pouls faible et irrégulier de 130 à 150 p. Pendant quatre semaines, je lutte sans trêve ni repos contre la fièvre et contre le catarrhe pulmonaire qui succède à la congestion initiale. L'effet des bains est saisissant : deux ou trois fois par jour cette malheureuse est prise d'accès de suffocation, sa poitrine se remplit de râles, sa face se cyanose, son pouls est défaillant; elle est alors mise au bain; c'est son seul recours contre l'asphyxie, et elle le sait si bien qu'elle-même réclame l'eau dans ces moments terribles; à peine y est-elle entrée qu'elle est prise de violents accès de toux, crache abondamment et vide ainsi ses bronches. Cette malade est baignée avec persévérance pendant cinq semaines; ce n'est qu'à ce prix que sa guérison est obtenue. Elle a pris plus de 200 bains!

Observation VI.—*Forme adynamique précoce et congestion probable des méninges rachidiennes.* — J. Jac., 56 ans, tombe malade le 18 août; misère et surmenage. Sa dothiénentérie revêt l'allure la plus grave dès le début. Les 3me, 4me et 5me jour ses températures r. sont de 41° à 41°,5 presque sans rémission le matin; le pouls reste bon à 100 p., mais présente des intermittences. En raison de ces intermittences et de l'âge du malade, je le traite au début par la quinine et l'alcool, les lotions et les compresses, mais sans pouvoir abaisser sa température d'un dixième de degré. Au sixième jour apparaissent des contractures généralisées à la nuque, au tronc et aux membres; le pouls est relativement lent et toujours intermittent, la température r. de 41°. Prescription : un bain 20°, 15 minutes, toutes les trois heures. Cet homme est dans un tel état de stupeur qu'il se sent à peine mettre dans l'eau froide. Le premier bain abaisse sa température de 2 degrés sans modifier son pouls; chaque bain de 15 minutes produit des rémissions considérables, mais qui ne durent pas. Je modifie ma prescription : un bain 20°, 10 minutes, toutes les deux heures. Ce traitement est appliqué pendant quatre semaines. Le malade prend plus de 200 bains; il entre en convalescence à la fin de septembre, juste à temps pour baigner à leur tour ses trois enfants et sa femme qui tombent malades après lui.

Aucune misère n'égale celle de cette famille. Ici la difficulté pour baigner était réellement grande, car l'exiguïté du réduit ne permettait pas d'y placer une baignoire. Je fis dresser un lit dans la grange et installer la baignoire à côté. C'est dans ces

re fut baigné ainsi que ses trois enfants et
malade fut de même traité d'après la mé-
s une grange voisine de son habitation. En
ıse dans un village et d'encombrement dans
annexe des habitations de la campagne peut
nt utilisée pendant l'été.
énéficié de la méthode dans une assez large
enterai de citer une seule observation rela-

Forme adynamique grave chez un enfant.— Verd, t chétif, se met au lit le 6 août. Ses températures sus de 40° nous font lui prescrire des immersions s les trois heures. Cette prescription est mal exé- 'approuve pas un pareil traitement. Aussi la situa- point de me faire porter un pronostic fatal. L'en- tombe dans un état d'adynamie absolu; contracture égie. Je prends alors le parti de faire surveiller le s par l'infirmier et de lui administrer moi-même ains. A partir du jour où la prescription est rigou- amélioration se dessine; l'enfant reprend connais- ie, ses températures s'abaissent insensiblement. Le

le multiplier les observations et je me hâte
s propositions suivantes les avantages qui
nce personnelle sont attachés à la méthode

pas seulement l'élément chaleur, elle com-
t antithermique et antifébrile à la fois.
t la fièvre, elle prévient ou au moins atténue
usés par la fièvre.
'état typhoïde et prévient l'adynamie. Quand
récoce pour être prévenue ou qu'un traite-
rmis de s'établir, elle en triomphe le plus

lle semble agir comme un spécifique.
stions pulmonaires surtout initiales elle a
[illegible]
ıfailliblement les escarres.
ure en outre la propreté du malade, condi-
a guérison et si précieuse pour l'entourage
répugnances et diminue les risques d'infec-

éthode enfin réalise une économie sérieuse. Ce déta
idérer dans les communes pauvres où l'assistance pu
st pas organisée. La quinine et l'antipyrine sont de
nts chers et dont les doses à employer doivent êtr
ples dans une dothiénentérie prolongée et à fièvre in
'on veut s'en tenir à l'un ou à l'autre de ces médic
traitement par les drogues de tous les cas de l'épid
hoiry nous aurait coûté plus de deux mille franc
,de ne nous a coûté que la peine de l'aller cherche
ement n'est pas seulement efficace dans presque tou
économique dans tous ; bien appliqué, en pesant s
les indications et les contre-indications il n'est jama

pas observé une syncope. Cet accident est à redout
'namie cardiaque ou dans les troubles du cœur dépe
e lésion organique. J'ai cependant baigné tardiveme
ccès plusieurs malades atteints de cette impuissan
d'origine hyperthermique, avec pouls misérable
à 140 et même 150 pulsations. Mais alors je prena
grandes précautions pour me garantir des acciden
j'assistais aux bains ; le malade était déplacé av
sans brusquerie et déposé doucement dans sa ba
a durée du bain était courte ; je ne quittais pas le p
yeux et je me tenais prêt à intervenir avec une inje
er à la moindre imminence syncopale. C'est la co
nir en pareil cas. Quant aux affections du cœur ell
ur moi une contre-indication formelle.
e seule menace de collapsus algide après le bai
es températures rectales chez mes typhiques avant
bain m'a convaincu que les accidents de collaps
tre extrêmement rares dans les cas où le traiteme
est nettement indiqué. Un bain froid de 20° et de
'abaisse en général la température d'un typhique q
mes de degré à 1 degré. Nous sommes par conséque
du collapsus. Que si l'on détermine avec le bain ty
sements de température centrale trop marqués, comm
is chez les vieillards, chez les enfants et chez certai
p affaiblis, il est facile de réformer la formule et
la durée du bain. C'est en me guidant d'après c
e j'ai évité tout accident.
ions laryngées légères ou graves ont été citées notam

ment par H. Mollière comme plus fréquentes chez les typhiques réfrigérés. La seule lésion de ce genre que j'aie observée dans cette épidémie est celle de cette pauvre fille qui a succombé à une laryngo-nécrosie au cours de sa convalescence. J'ai suffisamment insisté sur les conditions détestables dans lesquelles j'avais entrepris ce traitement et sur les circonstances au milieu desquelles cet accident s'était développé, pour qu'on ne soit pas tenté de le mettre sur le compte de la médication.

Il en est de même de la pneumonie mortelle de Berth. et de la complication à laquelle a succombé la femme Jac...

Loin d'avoir une action fâcheuse sur les organes de la respiration la réfrigération exerce au contraire dans certains cas une influence des plus favorables. Je ne reviendrai pas sur les exemples de congestion initiale du poumon réellement jugulés par l'administration hâtive des bains froids ; mais je citerai le cas suivant :

L'abbé G. 37 ans est atteint d'une laryngite chronique datant de l'enfance ; il a des frottements pleurétiques à la base d'un côté et à plusieurs reprises il a présenté des phénomènes congestifs du poumon avec crachements de sang ; il tousse depuis son enfance et son état général laisse beaucoup à désirer. Le 16 août il est pris de fièvre typhoïde. Malgré ses antécédents je n'hésite pas à le baigner toutes les trois heures. Sa fièvre typhoïde évolue régulièrement et sans aucune complication respiratoire. Bien au contraire, sa toux habituelle diminue d'une façon marquée pendant le traitement et sa fièvre typhoïde terminée, sa santé devient meilleure que jamais.

Enfin j'ai traité par les bains froids une jeune femme Gr. g. atteinte d'une dothiénentérie à forme thoracique compliquée d'une grossesse au 5^{me} mois. Elle a parfaitement guéri sans incident fâcheux d'aucune sorte. Elle a accouché à terme, mais son enfant n'a pas vécu.

Inconvénients de la méthode. — Il faut avouer que cette médication est désagréable aux malades. Dans cette épidémie de Thoiry, il est peu de sujets qui n'aient pas trouvé pénibles la mise au bain et le frissonnement dont ils étaient pris en y entrant. L'affusion glaciale sur la tête pendant le bain leur a été à tous douloureuse. Il faut bien dire que cette population n'était pas habituée à l'eau froide ; les plus vaillants ont été les enfants de 8 à 15 ans. C'est à ces seules impressions pénibles que se sont bornés les inconvénients immédiats du bain.

J'ai cependant observé un cas de douleurs rhuma
sionnées peut-être par une réfrigération mal ap
nommé Louis Bl. n'était pas baigné avec toutes
tions désirables; ses membres inférieurs étaient co
essuyés et réchauffés après chaque bain. A sa d
il a été pris d'un gonflement légèrement rouge et e
douloureux du pourtour des quatre malléoles et
pieds.

Une suite, plutôt qu'un accident fâcheux, dép
balnéation, s'est présentée d'une façon à peu pr
dans l'épidémie de Thoiry, je veux parler des érupti
mais surtout des abcès multiples de la peau. Cet
paraît liée au traitement, puisque je ne l'ai rencont
les baignés. Gr. g. qui fut atteint de cette form
grave avait à son entrée en convalescence le co
comme je l'ai dit, d'une éruption varioliforme et d
dermiques variant de la dimension d'un pois à ce
de pigeon ; je lui en ai incisé plus de 50. Je n'ai jam
d'abcès profond.

Cet accident ne s'est montré en général qu'à la d
et plus spécialement dans les formes graves.

Discrets ou confluents, ces points de suppuration
néanmoins à être surveillés ; il faut chaque jour exa
les régions de la peau, surtout les fesses, l'aisselle
avec la plus scrupuleuse sollicitude. Le plus souver
passent inaperçus au malade ; au début ils manque
apparents à la vue ; l'inflammation périphérique est
et il faut une palpation minutieuse pour les découv

Conclusions. — De l'enquête étiologique à laquell
livré et des résultats thérapeutiques que je viens d
coulent deux ordres de conclusions pratiques : les pr
trait à la prophylaxie, les secondes au choix du trai

1° Je laisse de côté les généralités relatives à la
de l'importation, aux procédés de désinfection et à
ment des déjections typhoïdiques, désirant plus s
me placer au point de vue de l'hygiène publique. Le
de la propagation épidémique à Thoiry prouve que
avait possédé un régime des eaux potables autre q
puits et des pompes, des réservoirs et des ruisseau
cette épidémie n'aurait pas éclaté. Une réforme s'i

la sécurité des habitants est à ce prix, non pas seulement à l'égard de la fièvre typhoïde, mais aussi à l'égard d'autres maladies infectieuses, le choléra par exemple, dont le voisinage d'une grande ville rend très possible l'importation dans les villages, et qui, à la manière de la dothiénentérie, se propagent surtout par la voie des eaux potables. Il faut au plus vite pourvoir tous les quartiers d'une eau de source, captée à distance, protégée à son origine, protégée dans son parcours, protégée à son arrivée contre toute contamination possible.

Ce ne sont pas les sources qui manquent à Thoiry ; il en jaillit de toutes parts ; elles inondent même la voix publique qu'elles détériorent et barrent le chemin aux passants. A 1500 mètres du village, il en est une qui sort en pleine montagne des flancs mêmes du rocher. Au déclin de l'épidémie, sous l'influence de mes sollicitations réitérées, l'administration communale a fait dans le voisinage de cette source pratiquer des tranchées qui ont permis de constater un débit assez abondant pour fournir aux différentes agglomérations du village toute l'eau nécessaire et satisfaire pleinement à l'immense desideratum que j'ai exprimé. Mais hélas ! on s'est endormi sur ce premier coup de pioche et huit mois se sont écoulés depuis. Puissent ces quelques lignes tomber sous les yeux de nos honorables édiles, les rappeler au sentiment d'un devoir dont l'urgence prime tous les autres et tirer cet utile projet de l'injuste oubli où d'autres préoccupations semblent l'avoir plongé !

De ces quelques propositions se dégage donc un enseignement prophylactique qui dans la forme s'adresse particulièrement à Thoiry mais qui au fond peut s'appliquer partout. Je laisse au lecteur le soin de le généraliser.

2° La médication réfrigérante a été presque exclusivement employée et le procédé de réfrigération qui constitue la méthode de Brand adopté dans le plus grand nombre des cas.

Trois mille bains froids ont été administrés dans une épidémie de campagne.

J'ai pu constater par moi-même tous les avantages de cette méthode signalés par Brand et par Glénard.

Le taux de la mortalité n'a été que de 4,4 %.

Aucun accident sérieux imputable au traitement n'a été observé.

La pratique de la méthode de Brand n'est donc pas impos-

sible à la campagne et les résultats en sont s
que dans la clientèle de la ville.

En terminant qu'il me soit permis d'exprir
vœu s'adresse à ceux de mes confrères qui,
tiquent à la campagne : Osez entreprendre l
préjugé et vous réussirez, car le paysan se
convaincre par l'évidence du fait ; ne croyez pa
de Brand soit inapplicable à la campagne,
l'épidémie de Thoiry prouve que ce n'est poin
sérieuse et sans réplique.

Sur le massage,

D'après un travail lu à la Société vaudoise de
le 4 avril et le 4 juillet 1885,

Par le Dr C. Roux.

(Suite)

Il ne faut plus dans des cas pareils se
manière classique d'examiner une articulation
qui permet tout au plus d'ajouter un qualifica
vite ou de distinguer celle-ci de l'ostéo-art
l'expérience ou au coup d'œil du praticien, ph
à sa bonne chance le soin de pronostiquer l'is
Il faut, une à une, palper jusque dans leurs
parties constituantes de l'article, suivre av
replis et surtout les insertions de la capsule ar
constater l'épaississement ou la sensibilité an
à distinguer les ligaments articulaires et à l
d'insertion ; se rendre compte de l'influence
ments par la distorsion ou la compression ;
exact où un mouvement passif normal devier
impossible, et chercher par l'action physiologi
l'articulation à en découvrir la cause ; faire ex
le mouvement dans lequel il ressent le mieux
renouveler vingt fois l'expérience ; et enfin et
minutieusement avec l'articulation du côté op
toute cause d'erreur anatomique individuelle.

Il est prudent en outre de faire la preuve c
struisant la série des symptômes que doit occa

s qu'on n'en trouve pas la description dans
rgie ; et alors seulement on peut avec assu-
liagnostic[1] qui doit servir de base à une
nt si complètement de la méthode usuelle.
assage seule a pu faire apprécier les diffé-
t permis de sentir des détails anatomiques
nais dans l'amphithéâtre ; elle a rendu pos-
ible une exactitude plus grande dans l'exa-
n'est pas là son moindre mérite !) et c'est
naître toute leur importance à ces petits
ouvent très insignifiants par leur étendue
é du processus anatomique qui les carac-
existence est l'unique entrave au rétablis-
e l'articulation.
nnaît depuis longtemps le *dérangement*
cartilagineuses, les épaississements cap-
s c'est le massage qui nous a appris à les
de leur fréquence), à les deviner, et sur-
ment *sans opération*.
médecin est une fois éveillée sur la possibi-
actement le point de départ des synovites
t démontré qu'on peut dans beaucoup de
he de la maladie et guérir promptement
semblait destinée à passer de mains en
icun praticien n'hésitera à faire quelques
, au lieu de faire subir au malheureux
le série des ennuis et des souffrances qui
ent classique et qui commence à la tein-
r souvent par l'ankylose ou l'amputation.
a synovite franchement tuberculeuse sur
lrons et on verra qu'ici encore le massage
res méthodes. Sans doute il est douloureux
onfrère pourra citer des cas où les vésica-
u, emplâtres, silicates, etc., ont fini par

rappeler que la capsule synoviale enflammée même par-
douloureuse aux points où l'on peut la comprimer direc-
nt, ce qui fait quelquefois admettre à tort un foyer d'os-
du condyle interne du fémur, sur la tête ou le col de
adius, le bord inférieur de la tête de l'humérus, l'extré-
le., etc.

avoir raison d'une affection articulaire; n
sont ceux qui se sont en vain creusé la tête
que chose de nouveau, lorsque tout a été e
bains de mer et autres, avec le même
l'avantage capital c'est que le traitement p
crit le grand air, le *travail* et l'activité de
dant que la méthode ordinaire cloue le n
en attendant qu'il soit mûr pour l'hôpital.

C'est surtout comme moyen prophylactiq
rendre de grands services, si on a soin da
occupent, de l'employer non pas avec, n
autres procédés de la méthode classique, av
se soit généralisée, avant qu'on abandonne
disant : tumeur blanche. C'est ainsi seulem
rons prendre quelque responsabilité dans l
laires, au lieu de nous retrancher derrière
tuberculose, comme nous reprochons à
l'avoir fait pour le refroidissement.

Le résultat sera d'autant plus sûr que ce
d'origine traumatique, sont en général,
situés dans les points les mieux déterminés
laire et ligamenteuse) et surtout les plus ac

Prenons pour exemple l'articulation du g
complexes, dont les traumatismes sont les p
plus redoutés. Tandis que l'effleurage et les
fisants pour les distorsions et les synovit
avoir recours au *pétrissage* dans certains ca
nique. Après avoir pendant quelques minu
général de l'articulation et du tiers inférie
embrasse le genou avec les deux mains, les d
poplité, les pouces aux côtés de la rotule (o
ou encore croisés de façon à dépasser l'autr
on fait des frictions plus énergiques, en
dire l'articulation lorsqu'il y a un épanche
mant à fond la masse du quadriceps, pour
temps le repli synovial ; on les répète sur l'
tendue, relâchée; puis on attaque successiv
de la rotule (insertion capsulaire), les proén
chaque côté le coussinet muqueux lorsqu'
pouce sur le ligament rotulien, les ménisque
de synoviale (en ayant soin de les masse

re), les ligaments latéraux, les contours du
; l'on suivra partout où il est accessible et on
articulièrement sur le point douloureux, au
lu malade. C'est là qu'on aura à pétrir un
une capsule épaissie, à écraser des masses
ueuse, etc. On a recours pour cela aux têtes
poing étant fermé, ou mieux encore, afin de
exactement la violence de la pression, on
ılation d'une main en plaçant sur le foyer la
ouce fléchie à angle droit et en pressant des-
nain.

malade que la destruction du tissu patholo-
faire sans rupture de vaisseaux et sans ecchy-
e soit pas effrayé de la couleur que prendra
n a affaire à une prolifération dans la capsule
tion, c'est en pétrissant cette dernière qu'on
au tissu parasite, sans crainte de faire au
al qu'il n'en a.

ercice dans les diverses positions de l'articu-
. chaque fois un massage général plus doux ;
l y a lieu, les facettes de la rotule contre leur
(polissage), pour terminer par quelques mou-
t passifs et l'application d'un bandage (tes-
t serré. Si la prolifération capsulaire empiète
nnus sur la face postérieure de la rotule, on
et la détruire en produisant de chaque côté
luxation de cet os, dont le rebord subit le
que les autres endroits suspects.

l long et pénible, mais le résultat ne se fait pas
lades récents accusent dès la première séance
notable ; les autres, plus prudents, ont peine à
i contraire en tous points aux principes de
gement qu'ils ont cultivés au lit pendant des
:larent tous qu'ils ne se trouvent « en tout cas

loit s'attendre à une réaction, et on évite de
ux séances de suite avec une pareille énergie ;
les malades à des séances journalières de plus
s, ce qui est plus facile qu'on ne le pense ; ou
ois ou quatre jours d'intervalle un massage
ıt chaque fois que le patient se sente en état

ɪʌᴠᴀᴛɪᴏɴ I. — Mlle P... d'Aran, âgée de 20 ans environ, se fait le
ɔbre 1883, dans une chute sur le genou, une luxation de la rotule
ors. Réduction après quelques heures; très facile (Dr D.). Epan-
ɪt consécutif traité par le repos, bandage compressif et teinture
Le traitement à domicile devenant impossible, la jeune fille est
ɪrtée à l'hôpital où elle reste cinq semaines sans se guérir. A son
elle est soumise au traitement classique correct (vésicatoires, etc.)
nélioration sensible. Le 10 novembre 1884, où je la vois pour la
re fois, elle n'est sortie qu'en voiture ou avec deux béquilles. A
ɪe certaine atrophie de la cuisse, on ne trouve à première vue rien
ɪculier. Un examen plus attentif fait constater un *épaississement*
ɪire très douloureux en dehors de la rotule, avec éraillure du bord
pineux externe de cet os, et une infiltration assez considerable du
et formé par le ligamentum mucosum, également douloureux à la
ɪ.
ɜune fille se fait conduire à proximité et, après quelques séances
ɪcile, elle peut venir chez moi. Au bout de trois semaines de
ɟe (presque journalier), elle peut faire à pied une montée assez
le 25 minutes ; après quatre semaines elle fait une lieue sans
excessive et après la sixième semaine elle dit se sentir mieux de
be malade que de l'autre ! On continue à domicile des massages
ɑires contre l'atrophie.
ɜ un examen ultérieur je n'ai pu, sauf l'irrégularité du cartilage,
rir rien d'anormal. Fonction du genou excellente.

ublions pas de mentionner certains cas chez lesquels,
une chute, une marche forcée, il se développe un épan-
ɔnt séreux qui disparaît bientôt en laissant le genou « fai-
Le malade sait qu'il suffit de peu pour voir réapparaître
dat, et il sent une certaine lassitude et quelque fois même
ɡère douleur exclusivement lorsqu'il descend un escalier.
ɜ trouve que le gonflement du coussinet muqueux sous le
ent patellaire et tout au plus une légère infiltration
ɐe de la capsule, à l'endroit où elle quitte le ménisque
remonter vers la rotule. Quelques séances de massage
ɪiolence ont raison de cette affection. Toutefois ceux qui
ɡnent pour cela appartenant plutôt à la classe aisée pré-
, généralement une cure de bains pour leur « rhumatisme »
louche remplace le massage.

ɪʌᴠᴀᴛɪᴏɴ II. — M. B... pasteur, ressent en juin 1884, en se bais-
ɔur regarder par terre de près, une vive douleur dans la région du
e int. du genou d. Le soir, à genoux, il sent la même impression,
ɐe, qui persiste en un sentiment vague pendant quelques jours. Il

5 septembre, après une forte course, il doit garder
ate un fort épanchement : iode; repos relatif. Le
promenade : iode ; repos. Une place douloureuse
re en dedans de la rotule. Le 21 novembre, sili-
sage par le malade. En janvier 1883 il reste de la
ce douloureuse quand la jambe arrive à angle
peur et garde un repos absolu.
uve à peu près au milieu entre le ligament latéral
atellaire un foyer douloureux à la pression, répon-
nisque épaissi, arrondi en bourrelet, tandis que
inantes, comme le reste de l'articulation, sont à

, puis marches ad libitum. Le malade porte par
u genou (peu serré) ; il est averti que l'accident
e et qu'il n'aura à s'en préoccuper que pour faire
sage sur le point faible [1].

ient là d'une infiltration douloureuse du
ticulaire consécutive à un « pincement » de
ment où, dans la rotation qui termine le
on extrême et brusque du genou (position
lu condyle interne dépassant son excursion
le ménisque et en fait pour ainsi dire l'as-
, la turgescence locale anormale qui est la
nt est entretenue par la marche, traumа-
ır ce point du ménisque, et on se trouve
conditions pour voir se renouveler (en appa-
accident et suivre pas à pas le développe-
nommé la *méniscite chronique*. Celle-ci me
uvent que ne l'admet König [2], le point de
e fongueuse, car elle se propage facilement
vers la rotule et, par l'intermédiaire du
ligaments croisés, etc.
novite circonscrite, dont la paternité doit
Niehans junior, un des premiers élèves de
qui l'a décrite le premier comme affection
le *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*
squ'elle débute spontanément avec le
tuberculeux ; mais elle est au contraire
nséquence immédiate ou éloignée d'une

[1] ...iculation est absolument normale.
[2] ...en und Gelenktuberculose.

chute, d'une entorse, et surtout d'un pincement du
comme dans le cas précédent et dans celui rapporté
Dr Dind à la séance du 3 janvier 1885 [1]. Non seulemen
cartilage interarticulaire est très exposé aux trauma
toute nature, mais il suffit apparemment d'une lésio
fiante pour rendre douloureuse ou impossible la fonc
cate qu'il remplit dans une articulation si compliquée
vent mise à l'épreuve. Il faut donc avant tout préveni
mation chronique du ménisque en guérissant complè
genou victime d'un traumatisme sur le rebord de ce
et pour cela faire disparaître toute trace d'infiltrat
tuméfaction. C'est ce qui m'a fort bien réussi, enti
chez le jeune homme présenté à la séance du 6 juin
que j'ai traité par le massage.

La méniscite chronique est assez peu connue pour
permette, Messieurs, de vous en rapporter un cas q
en septembre 1883.

Observation III. — M. St..., chef d'exploitation, sent il y
dans une lutte, tandis que sa jambe était volontairement hyp
avec violence, un fort craquement dans le genou. On tire su
on entend de nouveau craquer et tout va bien. Repos; applic
plâtres, etc., etc. Au bout d'un certain temps, il arrive tous les
plus rarement, que le malade sent ce craquement, avec un
dans le genou. Si on tire sur la jambe, il peut recommencer
sinon il faut qu'on l'aide à rentrer chez lui. L'accident arr
dans la marche, que la jambe soit fléchie ou etendue; de mê
saut. Grande faiblesse dans le genou; quelquefois un épanch
qui nécessite, il y a 4 mois, un repos de 15 jours.

Au premier abord, on pense, avec ces quelques données,
étranger de l'articulation et c'est le diagnostic posé par de
du plus grand mérite. Cependant le debut de l'affection, c'e
douleur et le craquement dans l'hyperextension, le peu de régu
l'apparition de l'épanchement et surtout le fait que ce n'est pas
toujours le même mouvement qui amène l'accident, mais que
y est exposé dans la marche ou le saut, quand la jambe es
fléchie, tout cela fait penser plutôt à un *pincement du ménis*
début, puis répété et compliqué de *méniscite chronique* dans la

Objectivement il manque pour la mus articularis toute trace

[1] Voir cette *Revue* n° 3, 1885, p. 181, où le *pincement* du ménisqu
par erreur comme *luxation* de ce cartilage.

[2] *Ibid.* n° 8, 1885, p. 493.

ral de la capsule, et le corps du délit; tandis
entre le lig. lat. et le lig. patell. le bord du
douloureux, sur une longueur de 1 ½ cm.
té par le massage : une excision partielle, qui
a eu pour résultat la guérison radicale et je
ie type.

ant H..., âgé de 2 ans, présente une enflure
. Sa mère a remarqué, il y a deux mois, la
uelle l'enfant laissait sa main, c'est-à-dire une
u volume d'une noisette, qu'elle prit pour un

l'avant-bras est enflée, ainsi que le dos de la
t l'impression d'une spina ventosa énorme. —
hié. La main légèrement fléchie et en adduc-
la soutient de l'autre et la retire instinctive-
La tuméfaction semble surtout provenir du
de l'articulation voisine du carpe, tandis que
la profondeur on sent un empâtement mou,
aelure circonscrite. La flexion dorsale et déjà
main est douloureuse, la pression dans l'axe
ent actif. Quant aux os ils semblent normaux,
ıner un gonflement de la base du deuxième
penser à une *synovite fongueuse circonscrite*
e l'insertion du premier radial externe.
massage, eu égard à la bénignité relative des
a ventosa dans cet âge. La main est fixée sur
t le mouvement des doigts. Le surlendemain
est servi une fois ou deux de sa main. Après
our saluer, ce qu'il évitait auparavant.
sage énergique, de pétrissage, tous les 3 ou
n attache la main gauche, parce que l'enfant

sser elle-même et je revois l'enfant parfaite-
t de janvier 1885.

synovite fongueuse et je puis dire que
j'ai sur l'influence du massage dans
cependant de nature à encourager des
n. Tout irrationnelle que paraisse cette
et qu'on doit essayer le massage lors-

rte une légère flexion dorsale du métacarpe sur
C'est un détail qu'on ne doit jamais négliger quand

début. Les objections théoriques que je suis
ıe m'empêcheront pas, partisan de l'arthro-
d'abord à guérir par le massage les syno-
afches, surtout si elles sont circonscrites.
s dans ce sens, de même que les résultats
btenir Niehans dans des cas plus avancés,
les tentatives d'éviter par le massage un
ical.
obable que de petites masses fongueuses
ıt être détruites par le massage et passent
andes lymphatiques aux produits d'*excré-*
ur l'organisme [1].
rme de synovite circonscrite que j'ai trai-
ne mérite ce nom que parce qu'il était pos-
n seul endroit un épaississement douloureux
a capsule, infiltration dont la disparition
ermina le rétablissement fonctionnel défini-
le processus morbide avait une cause plus
s, et que la cure par l'iodure de potassium
é les progrès du mal, la fonction du mem-
grande partie grâce au massage.

Un premier cas a trait à un gonflement du calca-
rçon, atteint de raideur articulaire en ce sens qu'il
lante du pied ou qu'il marchait sur la pointe. Tan-
s n'était pas douloureux à la pression et que la
tait pas impossible, on sentait nettement au-des-
rne un bourrelet capsulaire horizontal, douloureux
storsion.
t de petites doses d'iodure de potassium semblaient
le processus, mais la marche ne redevint normale-
issement de la capsule *talocalcanéenne* eut été ré-
lu massage.

Le deuxième n'appartient qu'en partie aux affec-
iques, car il est essentiellement de nature muscu-

ement articulaire séreux du genou, chez un vieil-
emps de myosite spécifique dans le quadriceps, au
de la bourse séreuse revient sur elle-même. Ce

othèse ingénieuse de E. Metschnikoff, *Fortschritte der*
17.

it appeler pour voir une varice profonde enflammée dans le
e en juin 1884.
le mollet et la jambe enflés, douloureux à la pression. Dans
a mollet une induration lenticulaire douloureuse, du volume
sentant une pseudo-fluctuation au centre, tandis que les bords
et dans laquelle on sentait nettement entrer les fibres mus-
riceps sural. Je pensai immédiatement à une myosite spéci-
ouvris alors en effet deux noyaux semblables dans les fibres
u quadriceps, noyaux qui communiquaient entre eux et en-
rebord de la capsule articulaire. Le plus gros était du volume
et le second comme une aveline. L'articulation était remplie
la fonction du membre en somme assez compromise momen-

questionner on me montra un testicule induré, où l'épidi-
laissait pas détacher et dont le développement ne laissait
sur la nature de la maladie. Pourtour du testicule 26 cm.
ris l'iodure de potassium à 2 gr. pro die et 12 jours après le
testicule, celui du genou à son maximum et celui du mollet
inué d'un cm. Le noyau du mollet n'était plus douloureux,
l, mais il restait les noyaux indurés dans les muscles et en
chement articulaire. Leur volume n'avait pas sensiblement
nt au testicule on le laissa tranquille dans un suspensoir
le genou et le mollet furent soumis au massage journalier.
de quelques semaines il ne restait pas trace d'infiltration ni
et, ni dans le quadriceps, quoique ce dernier foyer eût de-
de temps pour se résorber. L'hydrops avait disparu le

ns dire que dans ce cas-là le massage n'a eu pour
le forcer la résorption du sérum articulaire et du
nctif nouvellement formé, et n'a eu aucune influence
ilis. Il a été, comme dans le cas précédent, un adju-
ant de l'iodure de potassium, auquel il peut dans
on disputer la victoire quant au rétablissement
lon du membre.
l'affection qu'on pourrait appeler *synovite et péri-
aumatiques* généralisées, et qui n'est que le résidu
tusion ou d'une distorsion, il va sans dire qu'elle
masseur les résultats les plus réjouissants. Voici
ation à l'appui :

on VII. — M. L..., menuisier, fait il y a deux mois une
siège, le pied gauche replié sous le corps. Il ressent au ge-
e douleur, un craquement, et ne peut plus marcher. Après

être resté quelques jours au lit, il se fait mener chez la meige, qui remet un nerf et déclare que le reste est de la « foulure. » Ce reste consiste en une tuméfaction considérable du genou, qui a existé dès le début, et il est dans l'impossibilité de marcher. A la maison on applique des vésicatoires, des emplâtres et on fait des frictions simples avec diverses pommades, tandis que le malade cherche à recouvrer les fonctions de sa jambe. Après un assez long séjour au lit, il parvient à se tenir debout, et la première fois que je le vois, il peut marcher lentement, avec beaucoup de peine, en s'appuyant sur un bâton. Le genou est tenu légèrement fléchi et présente encore une tuméfaction assez considérable pour qu'il soit impossible de sentir les détails anatomiques. L'extension complète active, ainsi que la flexion, sont absolument impossibles, tandis que la douleur empêche de les faire exécuter passivement. A part cela rien qui fasse penser à une lésion plus grave; pas de fausse mobilité latérale, pas de douleur à la pression dans l'axe; fort peu d'épanchement articulaire, en sorte que je crois avoir devant moi une *infiltration capsulaire et péri-capsulaire avec hydrops articulaire* sans complication spéciale.

Après une longue séance de massage le malade sent son genou « déraidi, » selon son expression, et croit déjà marcher avec plus de facilité. Dans une seconde séance j'apprends à sa femme à faire le massage général et celui de toutes les parties spécialement soupçonnées. Je prescris une séance de 30 à 35 minutes par jour (eu égard au manque d'habileté de la dame), combinée d'abord avec la douche chaude, que le malade ne veut pas continuer.

Après 3 semaines, l'extension est complète et la flexion active dépasse 30°; le malade marche sans canne et commence à monter les escaliers normalement. Au bout de 7 semaines la guérison semble absolue, et c'est avec peine que je découvre encore un point légèrement douloureux à la pression sur le ménisque, à la hauteur du lig. lat. int. Du reste le malade a repris dès longtemps toutes ses occupations et déclare ne ressentir absolument rien dans son genou. Guérison complète.

(A suivre.)

Pince-trocart pour l'ovariotomie,

Par le Dr Auguste Reverdin.

Lorsque, dans une opération d'ovariotomie, le kyste est mis à nu, il faut amoindrir son volume en évacuant une partie du liquide qu'il contient. Ce liquide dont la consistance, l'abondance et la nature sont fort variables, doit autant que possible être éloigné sans qu'il en tombe dans la cavité péritonéale. On a certes exagéré les dangers que ces liquides répandus faisaient

courir au péritoine; mais si quelques-uns peuvent être tolérés par la séreuse, aussi bien qu'est toléré le liquide de l'ascite, il en est d'autres au contraire qui sont notoirement dangereux; ce sont ceux-là surtout qu'il est important d'expulser *en totalité* et cela d'emblée sans qu'aucun contact avec le péritoine ait le temps de se produire. On a beaucoup parlé et préconisé sous le nom de *toilette du péritoine*, le nettoyage *minutieux* de la cavité abdominale après l'ovariotomie. Sans doute cette manœuvre a du bon et beaucoup de bon, mais je crois qu'elle est bien souvent poussée trop loin.

En somme les liquides répandus contiennent des éléments infectieux ou n'en contiennent pas. S'ils en contiennent, qui aurait la prétention d'enlever, même par l'usage prolongé d'éponges, toutes ces matières nuisibles dont une goutte suffit à infecter un organisme entier?

Mais, dira-t-on, moins il en reste mieux cela vaut. D'accord, aussi suis-je bien d'avis d'enlever *le plus gros* mais cela *rapidement;* c'est je crois une erreur de vouloir trop faire en pareil cas; rappelons-nous le proverbe : Le mieux est l'ennemi du bien, et surtout ne perdons pas notre temps devant un ventre ouvert; Kœberlé, il y a bien des années déjà basait en grande partie le pronostic de ses opérations sur leur durée et la quantité de sang perdue.

Et d'ailleurs ces détails de la toilette, si fins qu'ils puissent paraître au premier abord, sont encore terriblement macroscopiques vis-à-vis des ennemis microscopiques que nous avons à combattre.

Si au contraire les liquides n'ont rien d'infectieux, une manière un peu sommaire de procéder suffira amplement; le péritoine fera le reste! Nous savons en effet que cette séreuse jouit d'une faculté de résorption surprenante et que, tant qu'elle ne renferme que des produits aseptiques, on peut compter sur elle. Si au contraire des liquides infectieux sont en jeu, alors la cause est singulièrement compromise et je doute fort qu'une toilette péritonéale, même très prolongée, puisse être l'atout qui fera gagner la partie.

Le drainage en pareil cas reprend peut-être ses droits mais... passons, car, si j'ai abordé ces questions, c'est moins dans l'intention de les résoudre que dans celle de faire ressortir tout l'intérêt qu'il y aurait à posséder un instrument qui mit sûrement à l'abri des écoulements de liquide, septique ou non,

la cavité péritonéale au moment de la ponctic
toilette péritonéale se trouverait ainsi supp
de liquides épanchés, pas de toilette!

Pour amoindrir le volume des kystes, les pr
mistes usaient volontiers du trocart, soit de
gnac, soit d'autres plus compliqués, qui port
Kœberlé, Spencer Wels, Madurowicz, Péan,
ou modifications peu importe, le trocart évi
l'ordre du jour et tout chirurgien prudent deva
d'une ovariotomie l'un de ces instruments à
lui, le long tube de caoutchouc, voire même
rante, le grand flacon etc... Malgré l'embarra
cément tout cet arsenal, on pourrait se décla
but poursuivi était atteint; mais combien to
tions se montrent souvent inutiles et que de fo
le liquide s'écouler à côté du trocart et tomb
toine au mépris de toute cette encombrante ma
dent se produit surtout lorsqu'on emploie le
deux rangées de griffes aiguës qui doivent soi-
parois du kyste contre le trocart, mais qui le
déchirent et créent ainsi des ouvertures ac
quelles le liquide s'échappe.

Lorsqu'on s'aperçoit qu'un instrument de c
tionne pas convenablement, il ne reste rien aut
retirer. C'est alors que l'accident que l'on
présente, l'ouverture due au trocart bave lar
chargé d'en pincer les bords n'y parvient pas
choses, entendons-nous, ne se passent poin
fort heureusement, et dans bon nombre de ca
que je critique ont rendu service; mais je le
assez souvent infidèles pour mériter le discréd
tombent peu à peu; aussi beaucoup de chiru
abandonnés et remarquons en passant que les
ils ne fonctionnent pas sont précisément les d
gereux; les cas de kystes à parois fragiles dég
tenu douteux; les cas en un mot dans lesquel
tant de ne pas répandre de liquide dans l'abd

Pour ma part je me méfie beaucoup de ces i
je ne me suis d'ailleurs jamais servi, les ayant
entre les mains les plus autorisées, ne pas
en attendait. Je préfère de beaucoup une inc

ı *au-dessus de l'équateur de la tumeur*. L'aide
enir les parois de l'abdomen appliquées contre
eut facilement par une pression graduelle faire
et de liquide qui s'échappe, dès que la poche
tinue à décrire une courbe suffisante pour ne
ns la cavité péritonéale; mais cette projection
re que quelques instants; bientôt la force du
s'agit de saisir les parois détendues du kyste
er autant que possible l'ouverture hors du

es ont été construites dans ce but; celles de
ı plus connues. Elles ont cependant un défaut
partagent d'ailleurs avec beaucoup d'autres;
ies de dents aiguës, par conséquent de déchirer.
nédier à ce grave inconvénient que j'ai proposé
(*Revue médicale de la Suisse romande*, juillet
e de pinces dites *pinces en cœur*, avec lequel
e saisir le kyste et de l'attirer au dehors.
pince, *à moi connue,* ne risque moins de déchi-
ır lesquelles s'exerce la traction. On peut s'en
ıçons; ou bien, appliquant les deux mors sur la
kyste, on pince les lèvres de l'incision ce qui
ıent du liquide; ou, au contraire, introduisant
ıes dans la poche, on laisse l'autre au dehors;
e on peut attirer le kyste et en même temps
le son contenu.
rnière façon de procéder a un inconvénient; la
ntroduit dans le kyste au moment où le jet de
endance à baisser, par conséquent à couler le
cette branche qui remonte, pour ainsi dire, le
ɔ pendant quelques instants; aussi voit-on pres-
.e certaine quantité de ce liquide couler alors

ue : lorsqu'on ponctionne un kyste à l'aide du
de suit la lame; donc si au lieu de ponctionner
, puis d'introduire ensuite une pince, on avait
qui réunisse ces deux opérations en une seule,
iquide épanché dans la cavité péritonéale se-
ıdres.
nc ma pince en cœur, j'en ai allongé la branche
de lance sur une longueur de 5 cm.; puis, afin

› mieux que ne le fait la lame plate d'un
le dos de cette branche d'une gouttière qui
'incurvant légèrement comme l'indique la

ur des vessies de porc pleines d'eau ont
ue justifiait la théorie ; la gouttière décrite
nt le liquide et pendant qu'il s'écoule, on
e femelle de la branche mâle de telle sorte
nt saisi puisse être ramené progressivement

préhension du kyste ne constituent donc
même temps et la cavité péritonéale est
aire se peut.

CUEIL DE FAITS

arotide, extirpation, fistule salivaire,

'ar le Dr Édouard Martin.

[AMEN HISTOLOGIQUE,

Par le Dr A. Mayor.

ıblié en 1883 dans cette *Revue* sur le trai-
du canal de Stenon, nous avions laissé de
stules de la glande parotide elle-même et
connaître de cas, où le diagnostic entre les
Stenon et celles de la glande ait présenté
le malade dont nous donnons ici l'observa-
ut cette difficulté qui constitue la partie la
son histoire.

ıtrepreneur, vient, au commencement de
consulter pour une tumeur siégeant à la
ı région massétérine à un travers de doigt
auditif externe. Elle date de 3 ans envi-
ume d'un pois, elle augmente peu à peu
d'une noix à grand diamètre vertical ; sa
ıe, la même partout ; elle présente deux
ace ; elle est un peu sensible à la pression
›rime des mouvements, le malade ressent
ive au niveau de l'oreille et derrière l'or-

bite. Depuis un an environ des douleurs spo
de la tumeur, s'irradient au-devant de l'oreille
oculaire. Elle est mobile sous la peau et sem
parties sous-jacentes, surtout à la partie an
rieure.

Le 11 sept., extirpation de la tumeur ave
Julliard. Incision de 4 ½ cm., légèrement obli
dedans. Une ligne partant du tragus pour se
missure labiale tombe à la réunion du tiers
deux tiers inférieurs de l'incision. La tumeu
facilement séparer des parties voisines avec l
et le dos du scalpel, partout, sauf à la partie a
où l'on est obligé de terminer l'extirpation
ciseau. Une artériole est liée. Quatre points d
gut, pansement compressif avec protective, é
niquée et ouate. Le pansement est laissé quat
Le 15 sept. on enlève les fils ; pas trace de gor
complète par première intention.

Le 17, survient un peu de gonflement de
dienne et des douleurs dans l'oreille. La plaie
tie inférieure avec un petit stylet, donne écoul
taine quantité de liquide clair et transparent.

Le 18, l'écoulement persiste et est abondant
le malade mange ; le gonflement parotidien a
est maintenu dans la partie inférieure de la p
parotidienne est légèrement comprimée.

Le 20, la plaie se referme et la région pa
vient gonflée et douloureuse. On ouvre de no
de la cicatrice avec un stylet. Ecoulement abo

Dans la nuit du 23 au 24 sept. vives douleurs
et du côté de l'orbite ; toute la région parotid
l'écoulement a diminué.

Le 25, l'écoulement de salive reparaît, mais
gonflement de la région ont beaucoup diminue

Le 27, le malade se plaint de ne pouvoir p!
bouche ; l'écoulement de salive persiste. Cet
mâchoire de même que le gonflement parotidi
qu'au 10 octobre ; toute la région reste gonflé
le malade a de la peine à ouvrir la bouche.

Le 12, la tuméfaction et les douleurs dimi
raître le 14 et disparaître le 16 octobre. L
senti quelques gouttes de pus sortir par le
externe. L'écoulement de salive est assez abon
tie inférieure de l'incision, surtout lorsque le
Lorsque l'écoulement diminue, il se forme en
sus de l'ouverture fistuleuse une poche qui se
sion.

Le 28, un stylet très fin passé par l'orifice
de Stenon pénètre presque jusqu'au niveau d

ce fistuleux. Un second stylet introduit par
)as au contact du premier. On voit manifes-
outtes de salive sourdre par l'orifice buccal
ı.
petite anse de platine est introduite dans
usqu'à une profondeur de 2 cm. environ et
courant de la pile ; après cette cautérisation
alive diminue notablement pendant 3 ou 4
t de nouveau.
application de l'anse de platine, en même
de l'orifice fistuleux et au-dessus au moyen
ın ruban élastique.
ent ne reparaît plus qu'à de rares intervalles
)as.
ent n'a pas reparu depuis 4 jours ; le malade
ı et ne fera plus la compression qu'au mo-

flement de la région parotidienne et sensi-
eille, une goutte de pus s'écoule par la plaie.
guérison complète de la fistule.
tumeur a été fait par M. le Dr Mayor auquel
E. M.

ur appartient au genre sarcome. Mais comme
lans les néoplasmes de ce genre, principale-
upent la région parotidienne, elle présente
s caractères, de tumeurs conjonctives d'es-
ns le cas particulier c'est ou bien le tissu cel-
ome) ou bien le tissu muqueux(myxome) qui,
us ou moins considérable, remplace la sub-
tumeur. Enfin celle-ci offre aussi, au milieu
téristique, des reliquats abondants du tissu
)n, des débris des acini glandulaires paroti-
ut étudier facilement les diverses transfor-
reste, ce qui constitue l'intérêt principal de
ıu point de vue anatomique.
breux occupe la périphérie d'une aire sarco-
son centre d'une large cavité kystique, qui
uction du tissu même de la tumeur. Sur une
due ce cercle fibreux est recouvert d'une zone
ılaires parfaitement sains. Il est formé lui-
)arallèles fortement colorées en rose par le
l'autant plus serrées que l'on s'éloigne plus
: pour se rapprocher du centre. Au milieu
perçoit des débris de la glande parotidienne
canaux à coupe plus ou moins irrégulière,
s dont l'aspect propre aux glandes salivaires
nodifié ; elles sont cubiques ou légèrement
sens de la normale à la surface d'implanta-

tion, et leur protoplasma, d'incolore et granuleux, est devenu homogène et colorable en jaune rougeâtre par le picro-carmin.

Ce passage graduel des formes glandulaires de l'épithélium aux formes cylindriques se laisse facilement étudier sur certains points au voisinage de la zone fibreuse. Dissociés par la formation conjonctive, qui offre alors l'aspect du sarcome fasciculé mélangé de groupes embryonnaires, les lobules glandulaires s'altèrent graduellement dans leur forme et dans la nature de leur revêtement. Fréquemment l'on voit paraître à la périphérie, en dehors des éléments glandulaires, une couche régulière de cellules aplaties, à protoplasma homogène d'un rose vif. Ailleurs les cellules glandulaires elles-mêmes sont moins granuleuses, plus facilement colorables. Dans le tissu fibreux enfin, elles revêtent, comme nous l'avons dit, la forme cylindrique et recouvrent les parois de tubes allongés, analogues à des canaux excréteurs.

Mais là où le tissu se rapproche plus nettement du type *sarcome* les cellules épithéliales n'atteignent pas la forme cylindrique parfaite, en ce sens qu'elles restent plus petites et que leur protoplasma demeure incolore, au lieu de se laisser teinter en jaune rougeâtre. Enfin les canaux qui les contiennent n'offrent aucune régularité de forme, et elles se montrent fréquemment entassées dans ces cavités plutôt que disposées en revêtement à leur surface interne. C'est là, particulièrement, la disposition qu'elles présentent dans la nappe de sarcome fasciculé que l'on rencontre en dedans de l'anneau fibreux que nous avons décrit.

Cette nappe, en outre, est extrêmement vasculaire. Elle est parcourue par des vaisseaux volumineux dont les tuniques présentent parfois l'aspect vitreux. Enfin elle borne immédiatement une sorte de perte de substance, un véritable kyste, dont la capacité égale le volume d'une noisette, et dont la paroi n'offre aucun revêtement épithélial.

IV. — Lorsque le tissu fondamental tend vers la forme embryonnaire, là où le sarcome devient *globo-cellulaire*, les amas d'épithélium modifié sont extrêmement difficiles à distinguer des cellules conjonctives, serrées les unes contre les autres, d'autant plus que les cavités qui contiennent les éléments épithéliaux n'ont plus de parois distinctes. En effet, à mesure que le tissu fondamental s'éloigne des formes adultes, les restes des acini deviennent moins faciles à délimiter.

V. — D'autres régions du néoplasme présentent les caractères du *myxome*. Au milieu du tissu muqueux, les débris de la glande offrent les aspects les plus variés. Tantôt il s'agit d'espaces polyédriques, ou de canaux remplis de cellules ovoïdes ou cubiques, à gros noyau elliptique, à protoplasma incolore et transparent; tantôt, au contraire, les cellules épithéliales glandulaires semblent avoir subi une sorte d'épidermisation. Leur protoplasma, homogène ou peu granuleux, se colore en

-carmin ; elles s'aplatissent, soit
ou sur deux rangs, les parois d'un
soit pour s'accumuler en s'imbri-
le les globes épidermiques,
t ici d'une *tumeur sarcomateuse*
spect *globo-cellulaire*, sur d'autres
n quelques régions, ainsi que cela
tidiennes, on découvre des *noyaux*
breuses.
éliaux, qui à ne considérer que
tie importante de la tumeur, on
, en général, l'aspect et les méta-
laires saisies par une cirrhose. Ils
morphologiques d'*éléments sécré-*
cellules de revêtement ; et, suivant
s ou moins adulte, elles arrivent.
i se rapproche plus ou moins de
elles évoluent. En telle région, il
ides ou prismatiques mal arran-
umineux, à protoplasma incolore,
; ailleurs au contraire, elles attei-
noyau basal elliptique, à proto-
isposition parfaitement régulière.

A. M.

ne fistule de la glande parotide ou

es auteurs pour élucider la ques-
bsolument concluants.
par l'orifice normal du canal de
ue ce canal n'est pas divisé dans
lésion incomplète, une partie du
ler par la joue et le reste dans la
gissait d'une lésion de la glande.
nces colorantes par la fistule peu-
si le canal normal n'est pas obli-
ue dans l'autre. Nous avouons du
de diagnostic.
ment de salive par la joue n'est
rès grande valeur ; il indique seu-
n'est pas très abondant, qu'une
naturelle.
du canal de Stenon, très impor-
méabilité du canal normal, il est
siège de la lésion à moins que le
au niveau de l'orifice fistuleux.
diagnostic le siège de la lésion et

le *siège exact de la lésion*. Il est

évident que, si la fistule vient s'ouvrir au niveau de la région buccale, elle appartient au canal de Stenon. Si au contraire elle s'ouvre derrière l'angle de la mâchoire, comme Louis et d'autres auteurs en ont rapporté des exemples et comme nous en avons observé un cas chez un enfant, il s'agit certainement d'une fistule de la glande. Mais si (comme dans notre cas) la fistule siège au niveau de la région massétérine, elle peut tenir aussi bien à la parotide qu'à son canal excréteur.

La face antérieure de la parotide empiète sur le masséter dont elle recouvre le tiers et quelquefois la moitié de la face externe et c'est seulement près de l'extrémité antérieure de la glande que se forme le canal de Stenon par la réunion des divers canaux excréteurs. Ce canal suit d'une manière générale une ligne étendue du lobule de l'oreille à la commissure labiale.

Il est possible à la rigueur que chez notre malade le canal ait été lésé près de son origine. Cependant après l'examen de plusieurs pièces anatomiques que M. le prof. Laskowsky a très obligeamment mises à notre disposition, nous pensons que l'incision est trop rapprochée de l'oreille et du bord postérieur du masséter pour avoir intéressé le conduit.

6° Reste le *traitement*, moyen lent mais assez sûr pour établir le diagnostic. Il est reconnu en effet que si dans la majorité des cas *les fistules du canal de Stenon* sont rebelles aux divers modes de traitement et nécessitent souvent la combinaison de plusieurs d'entre eux, les *fistules de la glande* guérissent plus facilement. La guérison spontanée a été observée dans quelques cas. entre autres par Richerand, mais en général on a recours à divers moyens qui sont la cautérisation, la compression, les injections irritantes, l'excision des bords de la plaie et la réunion immédiate de la solution de continuité. Enfin, dans un ou deux cas très exceptionnels[1], on a été obligé de pratiquer une fistule buccale, bien plus rarement que lorsqu'il s'agit de fistules du canal de Stenon dans lesquelles la formation d'un conduit artificiel est un des modes de traitement les plus usités, que l'on emploie le procédé de Deroy ou celui de Deguise, c'est-à-dire la ponction simple ou la ponction double.

Nous avons dans notre cas pratiqué la cautérisation avec une anse de platine très fine introduite dans la fistule et rougie après son introduction de manière à cautériser le fond de l'ouverture fistuleuse sans trop cautériser les bords cutanés de la fistule. Quant à la compression nous l'avons faite non pas dans le but de déterminer une atrophie de la glande, mais seulement pour opposer une barrière à l'écoulement de la salive et permettre à la cautérisation de produire tout son effet. E. M.

[1] Mirza de Gaffary, *Thèse de Paris*, 1867.

atique du foie guéri par une seule ponction. Urticaire,

par le Dr C.-L. Wartmann.

gée de 48 ans, sans profession, est une personne onstitution, pâle et amaigrie. Mère de six enfants, elle a fait en 1880 une fausse couche de trois mois, e rétention du placenta et suivie de métro-périto- ans déjà qu'elle a remarqué un gonflement anor- ypochondre droit et qu'elle éprouve dans ce côté n de plénitude et de constriction; dès lors ses nt devenues difficiles, elle est fréquemment atteinte astrique et prise de vomissements.

depuis cette époque un traitement médical pro- re autres interventions thérapeutiques, son méde- ni plaça sur la région hépatique et lui entretint n un cautère dont la cicatrice est encore appa- es diverses médications mises en œuvre ayant suc- échoué, la malade s'est lassée et depuis cinq ans out traitement.

té même du début de la tumeur ne lui permet pas s renseignements précis sur son mode d'accroisse- lui semble qu'elle n'a depuis fort longtemps plus ntation de volume.

ffre en outre, depuis trois ans, de varices aux deux ulcèrent fréquemment.

mai 1885 que je fus appelé auprès de cette malade ses ulcères variqueux; elle était de plus atteinte à e ces troubles gastriques apyrétiques auxquelles te. Mon attention fut immédiatement attirée sur onsidérable de l'hypochondre droit, la déformation et la saillie des côtes latéralement et en avant. La e est augmentée et la région n'est douloureuse, ni t, ni à la pression. On perçoit nettement à trois igts au-dessous des fausses côtes l'existence d'une et fluctuante mais qui ne donne pas lieu au phéno- missement hydatique. Il n'y a pas de fièvre, pas d'épistaxis, mais un état saburral, des vomisse- intolérance presque complète pour les aliments. pas souvenir d'avoir expulsé un tænia ou des pro- e croit pas avoir mangé de la viande crue ou insuf- uite; elle possède un chien, mais elle ne lui permet grandes familiarités et assure que cet animal ne pas que dans une assiette à son usage spécial.

en soit, et sans m'étendre ici sur le diagnostic dif- ne fait pas l'objet de cette communication, j'esti- aire à un kyste hydatique du foie auquel l'absence

ues de compression des voies biliaires et de réten-
duit de sécrétion me fait assigner comme siège la
e de l'organe.
ussi l'avis de mon ami le Dr E. Gœtz que je fis appe-
coutumes d'appliquer à cette malade la méthode
nt instituée par M. le prof. Jaccoud[1].
n 1885, l'état gastrique s'étant amendé sous l'in-
n traitement approprié, nous pratiquons ensemble,
ourant bien entendu des précautions antiseptiques,
de la tumeur en son point le plus proéminent. Nous
ns ce but le trocart n° 2 de l'appareil Potain avec
faisons l'aspiration de la totalité du contenu du

cuons ainsi 1400 centimètres cubes d'un liquide lim-
e de l'eau de roche renfermant, ainsi que nous l'a
é M. le prof. Fol qui a bien voulu se charger de cet
n seulement des crochets d'échinocoques, mais même
de scolex tout entiers avec leurs rangées de cro-
lace. Le kyste renfermait donc des échinocoques
nts et en voie de prolifération.
demeure couchée sur le dos, une petite compresse
st appliquée sur la piqûre, et nous couvrons l'hypo-
l'épigastre d'une large vessie pleine de glace main-
n bandage des corps modérément compressif.
s immédiates de l'opération furent des plus simples :
ur, pas de fièvre, pas la moindre réaction inflamma-
iveau de la piqûre. Mais dès le lendemain dans
i la scène change : la fièvre s'allume, la patiente
ne vive céphalalgie, éprouve de la dyspnée, bien que
lre soit entièrement dégonflé, puis est prise de nau-
vomissements bientôt suivis, à ma grande satisfac-
forte poussée d'urticaire qui se manifesta successi-
plusieurs reprises sur les diverses régions du corps
per la crainte que je ressentais de voir éclater une

ents furent du reste de courte durée; quarante-huit
tard il n'en restait plus trace, mais ils sont intéres-
ter car plusieurs des traités magistraux n'en font
n.
nène de la production d'une urticaire avait été
Danemark en 1869 à la suite de la *rupture* des
lans le péritoine, mais il était passé inaperçu du
ical français quand en 1870 G. Dieulafoy le premier,
constata avec ses syndromes fébriles consécutive-
ponction des kystes du foie et le signala dans son
aspiration des liquides morbides[2], puis plus récem-

[1] Leçons cliniques faites à l'hôpital Lariboisière, Paris, 1874, p. 571.
[2] p, p. 63, 91 et 102.

pathologie interne [1]. Depuis lors il a
t a fait l'objet de nombreuses publi-
: médicaux et de plusieurs communi-
ıntes.
t dissipé, je fis cesser l'application de
ı majorité des cas on puisse attendre
nérison du kyste, je commençai l'ad-
e potassium selon la méthode préco-
Je prescrivis ce sel à la dose d'un
'en fis continuer l'usage soutenu pen-
suivirent l'opération.
ıe restaura les forces de ma patiente;
ɔduit, rien n'annonce une récidive et
isse passer pour un modèle de vigueur
ɔmmodée par ses varices aux jambes,
nois après l'opération, d'un état de

---

rations cliniques,

aques-L. Reverdin.

en histologique,

r Albert Mayor.

**DE LA RÉGION DORSALE ET DES GAN-
TRPATION. RÉCIDIVE RAPIDE. MORT.**

.

à la fin de l'année 1884, de soigner
' Colladon pour un abcès sous-périos-
ienne consécutif à une otite moyenne;
ıvait guéri assez rapidement et sans
e l'os eût été mis à nu, et qu'après
ıe petite collection se fût reformée ;
'qué chez le malade qu'une suscepti-
Il avait quitté Genève et je n'avais
evoir lorsque, le 3 juillet 1885, il se
ion ; il venait me demander conseil
ɔuis quelques semaines s'était formée
n chirurgien consulté à Paris, après
ɔn, que le malade hésitait à accepter,
aux bains de Brides, et avait prescrit
d'iodure de potassium et de sodium.
ts que M. X. me donne :

p 212.

Il y a trois semaines ou un mois qu'il
petite grosseur dans la peau de l'aisselle. pu
apparu des glandes dans la même aisselle;
a été accompagné d'une douleur assez vive,
ment diminué depuis qu'il prend l'iodure
cherchai immédiatement quelque lésion du
du membre supérieur, sans en trouver de t
se souvient du reste de rien de semblable
rencontre un gros paquet ganglionnaire form
tilobée, de consistance plutôt élastique qu
isoler les ganglions les uns des autres, et or
postérieur de l'aisselle une saillie du volum
sette, dure, et faisant corps avec la peau;
vée m'avait immédiatement fait penser a
phénomènes douloureux indiqués par le ma
cependant quelques légers doutes, lorsque j
ayant ôté sa chemise pour l'examen, que se
bras présentaient un grand nombre de tach
noir foncé et assez exactement symétriques
un certain nombre sur le tronc; je le fis a
trouvai à la région dorsale une petite tu
partie ulcérée; elle siégeait dans la ré
à peu près au milieu de sa hauteur et vers
cette découverte donnait la clef de l'eng
naire, établissait le diagnostic de mélanosa
tic grave que comportent ces tumeurs. Re
traitement que je débattais à part moi
l'examen et l'interrogatoire.

J'appris alors que mon malade avait eu
mouvementée qui l'avait conduit d'Europ
dans les pays chauds de l'Amérique du Sud,
lysie infantile ayant amené un léger arrêt
en longueur de la jambe gauche qui est aus
une pneumonie, et la fièvre intermittente
qui, traitée par la quinine, a du reste peu d
calement, sans aucun retour.

En 1870, il a eu une affection du foie pour
puis six cures à Carlsbad, la dernière par p
encore la syphilis qu'il a contractée dans
1863; assez mal soigné au début, il a eu to
dents secondaires dont il s'est débarrassé
mixte; il ne paraît pas qu'il ait eu d'acciden
dant il a eu quelques abcès dans ces dernie

Quant à ses antécédents héréditaires, v
père mort de phtisie à 56 ans, mère vivan
il a des frères et sœurs de mère qui on
scrofuleux dans leur jeunesse.

Il y a 5 ou 6 ans seulement que le malad
tence d'une petite grosseur dans le dos; il

l'endroit indiqué qu'un petit point noir, élevé, dur, gros comme un pois ; il a grossi peu à peu, et il doit s'être excorié car il en est sorti du sang ; enfin en 1882 il s'est mis à suppurer ; à cette époque un médecin américain l'a lié à sa base avec un fil, puis après sa chute a appliqué un caustique, M. X. a continué à le faire cautériser par sa femme ; en 1884 la petite tumeur a beaucoup suppuré et donnait de l'odeur, elle avait repris un certain volume ; il l'a liée de nouveau puis cautérisée et il pense qu'elle a disparu, sauf un petit point noir qui dans ces derniers temps a recommencé à grossir ; actuellement on trouve une petite tumeur noire et lisse à la périphérie, exulcérée à sa surface, festonnée sur les bords et paraissant formée par trois petits îlots arrondis, réunis par leurs bords ; la partie la plus large est en dehors, la petite tumeur mesure environ 2 cm. de longueur sur 1 cm. dans sa plus grande largeur.

Le diagnostic n'est malheureusement pas douteux, il s'agit bien d'une tumeur mélanique maligne, sarcome ou carcinome, avec infection ganglionnaire. Au reste la peau de l'aisselle, sauf son adhérence avec une partie de la tumeur ganglionnaire, ne présente aucune anomalie de coloration ; je ne trouve pas de tumeur sus-claviculaire ; il n'y a pas de phénomènes de compression des vaisseaux ou des nerfs de l'aisselle.

L'état général s'est conservé bon ; il n'y a pas d'amaigrissement, l'appétit est excellent ; les forces parfaitement normales ; j'examine avec la plus grande attention les différents viscères et à trois reprises différentes, sans constater la moindre sensibilité à la pression, la moindre altération de forme ou de volume ni du foie, ni de la rate ; il n'y a ni toux, ni oppression, les poumons paraissent indemnes de toute atteinte, ainsi que le cœur, l'urine ne renferme ni sucre, ni albumine (elle n'a pas été examinée au point de vue de la mélanine). Tout bien considéré le malade est évidemment condamné à une mort rapide, si la tumeur est laissée à elle-même, et je me dis d'autre part que nous sommes actuellement en mesure de pratiquer l'extirpation de la tumeur axillaire d'une façon beaucoup plus radicale qu'autrefois. La technique de l'évidement de l'aisselle (Ausräumung der Achselhöhle) que nous devons à Volkmann, est de toute évidence infiniment supérieure à ce point de de vue à l'ancienne méthode qui consistait à énucléer les masses ganglionnaires, tout en laissant en place le tissu cellulaire et les lymphatiques qui le traversent ; en suivant le procédé de Volkmann que j'ai régulièrement employé depuis quelques années dans les ablations de tumeurs du sein, en vidant exactement l'aisselle jusqu'au paquet vasculo-nerveux, et jusqu'au sommet du creux axillaire, de telle façon qu'un doigt placé dans la plaie ne soit plus séparé d'un autre doigt placé dans le creux sus-claviculaire que par l'épaisseur de la peau ; en ayant soin d'enlever très complètement tout le tissu conjonctif interposé entre le grand et le petit pectoral et les ganglions

dont Kirmisson a signalé l'existence dans ce point; er une large zone de la peau de l'aisselle autour de l'a enfin en extirpant très largement à plusieurs centir distance la peau du dos autour de la tumeur, n'y encore quelque chance de voir le malade guérir ou revenir à la santé pour un temps un peu long? On c assez grand nombre d'exemples de sarcomes méla l'œil guéris par l'extirpation; j'ai eu l'occasion d'as a déjà bien des années, mon ami le Dr Haltenhoff opération de ce genre suivie d'un succès complet; même extirpé il y a plus de 4 ans une tumeur mélaniq du nez qui était en train de se propager par formatio flots tout autour de la tumeur primitive et la guéris sisté depuis; (cette tumeur a malheureusement été n'a pas été examinée histologiquement, mais son mod pagation ne laisse aucun doute sur sa nature maligne

Il est vrai que dans le cas présent l'infection gan s'est déjà produite et qu'elle a marché rapidement; de renoncer à tout espoir d'y couper court? Devons-no au malade de lui fournir la dernière planche de salut jugeai pas ainsi; cependant, en partie sur mon conseil de son propre chef, il consulta d'autres médecins; l conseillèrent l'opération, d'autres l'engagèrent à n soumettre; néanmoins il se décida, et comme je l'av qu'il fallait se hâter, il entra aussitôt dans notre cli ticulière et fut opéré le 8 juillet 1885.

Opération. Ethérisation. Pulvérisation phéniquée pareil de Championnière. Je circonscris par deux in large losange de la peau de l'aisselle comprenant la meur adhérente et la dépassant de très loin; je prati avec le plus grand soin, l'ablation de tout le contenu de suivant le procédé de Volkmann; la dissection met à n le paquet vasculo-nerveux auquel la masse ganglionn hère nulle part, en avant le bord du grand pector du petit pectoral, en arrière le grand dorsal, en dedar pectorale; la masse de tissu conjonctif adipeux con paquets ganglionnaires est ainsi enlevée d'un seul blo adipeux qui remonte derrière la clavicule a été enlev lité, et le doigt introduit de bas en haut derrière l'o paré que par la peau d'un doigt placé au bas du tri claviculaire. En terminant je réséque encore un as lambeau de la peau de l'aisselle. Ligatures avec le Kocher, deux drains plongeant dans l'aisselle sortent de la plaie à travers une contre-ouverture. Suture

J'enlève ensuite un grand losange de la peau du do centre est occupé par la petite tumeur primitive, e bords dépassent ses limites de toute part de plus d mètres; la plaie est laissée ouverte. Les deux plaies poudrées d'iodoforme, gaze de Lister froissée, éponge

ıt de Lister, fixé par une bande qui maintient le bras
tronc.
sement est changé le 10, le 12, le 14, le 16, le 18, le 20,
24 et le 27 ; le 12 l'un des drains a été enlevé ; le 14 le
rain est remplacé par un plus petit, qui est diminué et
. le 16, et supprimé le 18; la plaie de l'aisselle s'est
ent réunie par première intention, celle du dos est
de belles granulations et se cicatrise rapidement. La
ure n'a pas dépassé 38° ; elle s'est maintenue à ce
ıdant les trois premiers jours le soir ; elle a atteint 37°,8
ème jour au soir ; depuis lors elle a été absolument
L'opéré quitte la Clinique le 27 juillet, et se rend à
our ; son état général, qui avait été jusqu'ici satisfai-
st un peu altéré ; M. X. est triste, inquiet et n'a pas

retour de vacances, le 16 août, il me fait demander ;
tit n'est pas revenu ; il se plaint d'avoir des envies de
est très frappé et se trouve sans forces ; il ne paraît
ıdant amaigri. En l'examinant, je découvre sur le bord
r de la cicatrice axillaire un petit noyau dur, sous-
ui paraît dû à une récidive sur place ; l'examen le plus
ıe me fait rien découvrir du côté de l'estomac, du foie,
ıons, de la rate.
. part quelques jours après pour Carlsbad, espérant y
ıes fonctions digestives, mais les symptômes alarmants
t et s'aggravent, les nausées persistent, l'appétit ne
as, il maigrit et perd ses forces, de sorte qu'au bout
: jours il rentre chez lui à Paris.
à qu'il me fait demander et que je le vois pour la der-
, le 20 septembre ; l'état de l'opéré, comme me l'avait
ır le Dr Championnière, ne laisse plus aucun doute sur
:e d'une généralisation sarcomateuse ; le teint est pâle
re, l'amaigrissement fait de rapides progrès, le noyau
ve axillaire s'est développé et a acquis le volume d'une
hérant à la peau qu'il soulève, il laisse voir par trans-
sa coloration noirâtre ; aucune récidive du côté des
s, on ne trouve pas la moindre tumeur ganglionnaire
: de la clavicule, pas plus que dans l'aisselle ; la région
ıt occupée par une volumineuse tumeur qui déborde les
froite et remplit l'épigastre ; au sommet du poumon
tité complète et râles sous-crépitants abondants, depuis
jours M. X. a rendu quelques crachats mêlés de sang ;
ıez vive le soir : vomissements fréquents et vomituri-
sque constantes ; appétit absolument nul. Quinze jours
est-à-dire à peu près exactement trois mois après l'opé-
: malade succombait.
rance que j'avais eue d'arriver à temps pour couper
ı généralisation par une extirpation aussi complète que
ne s'est donc pas réalisée, et ce n'est malheureusement

qu'un cas de plus à ajouter à la longue série des échecs qu'ont subi les chirurgiens, aux prises avec le sarcome mélanique.

La tumeur enlevée présentait à l'œil un des caractères bien faits pour me faire craindre la malheureuse issue de mon entreprise ; les masses ganglionnaires volumineuses présentaient sur la coupe une coloration noirâtre et étaient déjà en partie constituées par un tissu ramolli, transformé en une bouillie grise ou noire ; l'examen histologique a montré que la tumeur était effectivement un mélanosarcome. J.-L. R.

Cette tumeur mélanotique appartenait au type décrit par Billroth sous le nom de sarcome alvéolaire.

I. — Examinée dans la peau, en dehors de la région ulcérée, elle se présente sous forme de nodules arrondis, ou ovoïdes, dont quelques-uns atteignent la surface du derme, et soulèvent l'épiderme. Celui-ci, au voisinage de ces noyaux, perd en partie ses caractères, en ce sens d'abord que l'on voit disparaître les cônes interpapillaires ; la couche épidermique qui recouvre les granulations sarcomateuses superficielles est arrêtée, à sa profondeur, suivant une ligne parfaitement uniforme, sans feston aucun. En outre, cet épiderme se fait remarquer : 1° par l'augmentation d'importance des couches cornées, lesquelles ont remplacé en bonne partie les couches moyennes ; 2° par l'existence, dans son épaisseur, de cellules disséminées chargées de pigment. Ce pigment s'accumule d'une façon presque constante dans les éléments prismatiques qui forment la rangée la plus profonde de l'épiderme. Mais, dans les couches les plus superficielles, on retrouve, de place en place, quelques cellules aplaties, entièrement remplies de granulations d'un brun noirâtre.

II. — Pour ce qui est des nodules sarcomateux eux-mêmes, leurs éléments constitutifs, plus ou moins volumineux, offrent une assez grande constance dans leur disposition. Ce sont des cellules arrondies, ou polyédriques par pression réciproque, munies d'un beau noyau ovoïde et de nucléoles très apparents. Elles se réunissent par groupes disposés dans une trame alvéolaire ; et parfois le nombre des éléments groupés est si faible, les travées conjonctives interalvéolaires sont si importantes, l'arrangement est si régulier, qu'on croirait avoir sous les yeux un véritable carcinome à petites cellules. Cependant le fait même de la beauté de la préparation, de sa propreté pourrait-on dire, suffirait déjà à indiquer qu'il ne s'agit pas d'une tumeur d'origine épithéliale. Dans le carcinome, comme le fait remarquer Billroth, les cellules n'adhèrent point si solidement à la trame conjonctive. Le rasoir, à défaut du pinceau, suffit à montrer ce manque d'adhérence, par les déchirures, les disjonctions qu'il crée. Puis, en certains points, les cloisons interalvéolaires, au lieu d'être adultes en quelque sorte, sont sarcomateuses elles-mêmes, et composées d'éléments fusiformes.

III. — Enfin les ganglions indiquent plus nettement encore la

ısme, en montrant, à côté des éléments arrondis faisceaux de cellules en fuseau, coupés tantôt axe de leurs éléments, tantôt obliquement ou t par rapport à celui-ci. Dans ces organes, du ion alvéolaire, quoiqu'elle se retrouve en quelrare. Par contre, il s'ajoute à la lésion princions spéciales. Ici c'est un groupe de vaisseaux s parois propres, creusés à même dans la masse dont la lumière n'est bordée que par une couche élium ; là c'est un bourgeon constitué de celt faisant saillie dans la lumière d'un de ces ; ailleurs, il s'agit d'hémorragies ayant dissocié oplasme et amené une sorte de dégénérescence éments constitutifs.

à la localisation des éléments mélanotiques elle nt. Comme il arrive toujours on est surpris, tout teinte noire si accentuée de la tumeur cutanée hies secondaires, soit due à un nombre aussi ents pigmentés. Ceux-ci, au niveau des nodules nt très fréquemment les travées interalvéolaires, ments allongés. Parfois cependant ils font partie remplissent les alvéoles. Enfin nous avons rennt, comme cela est de règle, dans les diverses thélium qui recouvre immédiatement certains

lions, c'est un peu la même variabilité dans la oigment. Il est à remarquer, néanmoins, qu'il le grosses cellules qui en paraissent gonflées, qui parsèment les mailles d'un tissu conjontif e rencontrent guère, du reste, d'autres éléments

mé, le diagnostic anatomique de ce néoplasme r ainsi : sarcome alvéolaire mélanotique cutané, ence de même nature au niveau des ganglions

A. M.

SOCIÉTÉS

IÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Seance du 7 novembre 1885.

ésidence de M. le Dr Monax, vice-président.

te l'organisation des écoles de sages-femmes en Suisse, mmunication faite par M. le prof. P. Müller, de Berne, médecins de la Suisse allemande à Langenthal. La ques- au Comité.

de l'emploi de la *machine à fraiser* des dentistes pour

la torsion des vaisseaux dans les opérations chirurgicales, et montre deux modèles de pinces qui peuvent s'adapter à la machine en question. Le nombre des ligatures qu'exige une hémostase complète peut ainsi être diminué des neuf dixièmes. M. Roux montre encore plusieurs modèles de scies circulaires pour la trépanation des os longs, pouvant s'adapter à la même machine.

M. Martin relate un cas de *catalepsie* observé chez un homme adulte. Le malade eut la première attaque en soignant un de ses amis atteint de variole Le lendemain, l'attaque se renouvela dans une cave ; le malade fut trouvé assis sur un tabouret, tenant une rave d'une main, un couteau de l'autre, dans une position absolument fixe. Le jour suivant, une troisième attaque eut lieu. M. Martin trouva le malade sans connaissance dans son lit, la pupille dilatée, la respiration lente, le pouls dur et peu fréquent. Les membres légèrement contracturés gardaient la position qu'on leur donnait. La fumée de tabac, les fustigations froides, le marteau de Mayor n'amenèrent que quelques mouvements de la tête et des mouvements de mastication, sans produire le réveil, qui fut obtenu par un faible courant faradique appliqué sur le nerf crural. La catalepsie se reproduisit de nouveau peu de temps après, avec des intervalles de rémission Les dernières nouvelles, obtenues par téléphone, indiquent beaucoup d'agitation. M. Martin pense qu'il s'agit peut-être d'un début de maladie mentale, peut-être de monomanie religieuse. Ce malade est un alcoolique converti.

M. Bonnard lit une note concernant *l'ouverture spontanée d'une caverne pulmonaire*, dans un espace intercostal, chez une dame atteinte de tuberculose avancée. Un point douloureux se forma au bord inférieur de la 4me côte gauche, à 5 centimètres du sternum. Une ouverture se fit à cet endroit et atteignit bientôt la dimension d'une pièce de cinq francs, en occupant tout l'espace intercostal. Un courant d'air violent passait par la fistule, et la sonde pénétrait à une hauteur de 20 centimètres. Le doigt introduit arrivait directement sur le tissu pulmonaire. M. Bonnard pense que ce résultat peut encourager l'intervention chirurgicale toutes les fois que les cavernes sont nettement reconnaissables.

M. Bonnard loue les bons effets de l'antipyrine dans le cas ci-dessus, car la malade était atteinte de fièvre hectique avec exacerbation vespérale de 40°. L'antipyrine a aussi donné de bons résultats dans d'autres cas de tuberculose, dans les érésipèles et les rhumatismes. M. Bonnard recommande de donner des doses massives au début, puis de les abaisser à 50 et 25 centigrammes.

M. Secretan parle aussi des bons effets de l'antipyrine dans un cas de *maladie de Basedow*, actuellement en traitement à l'Hôpital cantonal. La température était de 40,5 tous les soirs.

M. le prof. Herzen fait don à la Société de l'*Histoire de la chirurgie à l'Université de Strasbourg, de* 1478 *à* 1872. Travail fait à l'occasion de la 58me réunion des médecins allemands à Strasbourg (*Geschichte der Chirurgie*, etc.).

M. le président remercie M. Herzen au nom de la Société.

M. Joel fait une communication sur l'hygiène des écoles et les courbes de croissance des élèves. Chacun d'eux possèdera bientôt un carnet où sa croissance sera mentionnée au moyen de mensurations successives. Les maladies seront notées aussi.

M. le président remercie M. Joël de son intéressante communication et fait remarquer que les travaux de M. Joël ont eu du retentissement à l'étranger.

M. Dufour mentionne une lésion oculaire se rencontrant quelquefois en automne, et due à la *chute des châtaignes sur le globe de l'œil.* Les piquants s'implantent dans la cornée et proéminent souvent dans la chambre antérieure. Quand les piquants proéminent au dehors, on peut les retirer au moyen d'une pince construite sur les indications données par M. Recordon. Le plus souvent, les piquants se cassent au ras de la cornée et ne peuvent être retirés qu'au moyen de l'aiguille à discision. Cette opération réussit toujours, grâce aussi à la cocaïne. M. Dufour insiste sur la bénignité de la lésion. Une seule fois, une affection chronique du sac lacrymal a amené une kératite suppurative accompagnée d'hypopion. Les piquants peuvent même être supportés plusieurs semaines sans occasionner de kératite, mais seulement un peu de souffrance et d'irritation ciliaire.

M. Exchaquet a observé quelquefois l'affection mentionnée par M. Dufour. Il confirme la bénignité de la lésion et enlève aussi les piquants au moyen de l'aiguille

M. Exchaquet parle des *tuberculoses locales* et de leur traitement opératoire. Souvent l'opération hâtive a amené une généralisation rapide de la tuberculose. M. Exchaquet cite deux cas, entre autres l'histoire d'une jeune femme sans antécédents héréditaires, et atteinte de glandes lymphatiques tuberculeuses ramollies, qui furent opérées. La patiente eut une fausse couche au bout de 5 à 6 mois et mourut d'une méningite tuberculeuse 10 mois après l'opération. Le second cas se rapporte à un jeune homme atteint d'affections articulaires multiples avec abcès périarticulaires et gonflement osseux. Divers raclages furent opérés et parurent amener de l'amélioration, mais quelque temps après, le malade mourut d'une méningite tuberculeuse. M. Exchaquet se demande si, dans ces deux cas, l'intervention opératoire n'a pas amené la généralisation de la tuberculose. M. Exchaquet cite encore des cas où des scarifications de lupus (Clinique de Fournier, à Paris) ont paru être la cause directe de méningite tuberculeuse ou de granulose pulmonaire.

M. Roux insiste sur l'opération hâtive et radicale des tuberculoses ocales, absolument comme pour les tumeurs malignes. Une opération ncomplète peut faciliter la généralisation en ouvrant des portes d'entrée u virus. Il ne faut donc toucher les tuberculoses locales que quand on eut tout enlever.

Pour le secrétaire : Dr Rubattel.

Séance du 5 décembre 1

Présidence de M. le Dr Bugnion

26 membres présents.

Sur la proposition du Comite, la Société déc
journaux que l'année derniere.

M. le Président annonce que M. le chef du
veut bien communiquer à la Société le projet
actuellement en préparation. Ce projet sera p
sion du Grand Conseil. La Société a-t-elle l'in
ment le projet, ou préfère-t-elle nommer u
chargée de l'étudier et de présenter ensuite un

Après diverses propositions de MM. *Challa*
Société décide de nommer une commission de
en séance extraordinaire le rapport que cette

La Commission est composée de MM. *Zie*
Rapin et *Rogivue*, puis, à la demande de M.
que en quelques mots à la Société les grands
préparation.

M. Dufour présente un malade atteint d'*en*
la rétine d'origine probablement traumatique

M. Morax parle d'nn cas analogue qu'il a
a plusieurs années. Un petit garçon de 8 ans
plaie sur le frontal et perdit subitement la vu

M. Dufour parle ensuite des effets de la
moteurs et mentionne à ce sujet le travail d'E

M. Morax remarque, à propos de la natu
par la cocaïne, que la compression par l'Esm
thésie.

M. Roux répond que l'Esmarch produit
d'anesthésie incomplète.

M. Rogivue lit l'histoire d'un malade atteint
hemorragie interne dont le point de départ se
la gaine du psoas (paraîtra dans la *Revue*).

M. de Cérenville a observé dans quelque
dégénérescence cireuse du psoas avec hémo
chez un autre malade M. de Cérenville a co
de la veine hypogastrique qui avait donné lie
glement.

M. L. Secretan qui a assisté à l'autopsie
relève la couleur rouge vermeil du sang e
d'origine artérielle. Ce sang présentait du res
de la leucémie.

M. Bugnion a vu un hématome considéra

alade atteint de fièvre typhoïde; cette tumeur était
ne du « grand droit antérieur » et due à une rupture

. demande si, dans l'autopsie décrite par M. Rogivue,
examiné.

. Secretan n'en ont pas eu le temps.

r la douleur ressentie par le malade et sur la position
deux faits indiquent que le psoas était bien le siège
amené l'hémorragie.

Le Secrétaire, Dr H. Burnier.

ÉTÉ MÉDICALE NEUCHATELOISE

Séance du 2 décembre 1885.

Présidence de M. le Dr Ritter.

eur des travaux publics de la municipalité de Neu-
ance.

nne lecture de la réponse de la Commission d'état de
Société médicale du 3 novembre 1885, au sujet des
alimentation de Neuchâtel.

lirecteur des travaux publics de la municipalité, veut
iété quelques explications sur cette importante ques-
xplications confirment absolument le contenu de la
ion de santé. Il ressort de son exposé que le régime
nt défectueux, mais qu'il a été fait tout ce qu'il a été
r l'améliorer. La *Sorge* et la source de *Chandelles* ont
sées à grands frais et non sans rencontrer de nom-
u côté des usiniers de Valangin. Ce sont ces deux
nt Neuchâtel, avec un rendement de 2800 litres. Le
que pour un tiers de la quantite totale. En temps de
s d'eau est arrêté à l'entrée du canal des *Gorges* par
hermétiquement et a eté remise aux soins intelligents
ipal de Valangin.

part, il est constant que la municipalité a fait tout
de faire pour améliorer le système actuel. D'autre
captation des sources des Gorges de l'Areuse, le jau-
s et les études faites en vue d'amener leur eau à
oussés très activement. Les plans et rapports de l'in-
nt été remis, au mois d'avril, à des experts, et on
rapport final de ces derniers pour soumettre la chose
l est donc à prévoir que d'ici à deux ans Neuchâtel
abondante et parfaite.

LLIN propose de faire encore des cultures avec l'eau

de ces sources avant de donner suite au projet, est exempte de bacilles, bactéries ou autres orga

M. Dardel appuie cette proposition.

D'autres membres craignent que ce ne soit un tant d'autres, apporté à la réalisation d'un projet population.

Cette proposition est rejetée.

M. Reynier se fait l'organe de la Société pour son intéressante communication.

M. Dardel lit un travail sur un cas de *luxatio* pendant une crise urémique. Il s'agit d'une ma d'albuminurie brightique. La maladie avait prése passagers pendant deux mois (céphalalgie, diplop lorsque, après une diminution notable des ur éclamptique violente pendant laquelle les bras ét croises sur la poitrine et présentaient des mouve rapides.

Après que la malade fut revenue à elle, on ren pas bouger le bras droit, mais M. Dardel ne s d'une luxation que l'examen de la malade, très découvrir au premier abord.

Le huitième jour, cependant, M. Dardel sen épineuse une saillie dure et arrondie que les mo naient à déplacer. Il n'y avait plus de doute poss de réduction, suivant les différentes méthodes rec sans succès, et M. Dardel a dû, fort à regret, devant la volonté formelle de la malade.

M. Dardel fait ensuite une étude intéressante luxation humérale que plusieurs auteurs ont arriver par des contractions musculaires violentes

M. Reynier emploie depuis un certain temps fectant dans les accouchements. Il apporte auj son expérience. Voici les conclusions de son tra

« Le sublimé est pour le moment le plus p mettre à l'abri des infections puerpérales.

« Il est sans danger, à condition de l'employer tration ($^1/_{2000}$ à $^1/_{1000}$), d'en excepter les anémiqu les fébricitants, d'être outillé convenablement et au manuel opératoire. »

MM. Henry, Favarger, Bossart sont égalemen ploi du sublime. M. Bossart insiste pour que l'i soit faite par l'accoucheur et non par la sage-fem aussi que l'on devrait toujours se servir d'une so

M. Dardel préfère l'acide phénique, seul ap considérable.

TMOLLIN, qui n'a pas employé de sublimé, n'a pas eu ans un seul cas de mort à déplorer dans sa pratique

Le Secrétaire : Dr MORIN.

— M. le Dr *Nicolas* nous prie de rectifier le procès- ce du 4 novembre en ce sens que M. le Secrétaire a omis mmunication n'était que le compte rendu d'une brochure asserversorgung von Zurich, ihr Zusammenhang mit der des Jahres 1884 und Vorschläge zur Verbesserung der hältnisse. — Cette brochure, des plus intéressantes, ren- t de commission d'experts nommés par le gouvernement dier la question de l'eau et de la fièvre typhoïde à Zurich.

CIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Présidence de M. le Dr PICOT.

Séance du 2 décembre 1885.

e observation intitulée : *Un cas de guérison de pleurésie iquée d'abcès multiples avec coïncidence de maladie de*

continue la communication qu'il avait commencée dans ance sur un cas d'*amyélencéphalie partielle* (v. 1885,

ie M. Laskowski de son consciencieux travail et en les conclusions ; cependant il croit que l'on peut avoir origine des lésions que l'on trouve sur le segment infé- our M. Laskowski, ce serait la lésion de la moelle qui s autres arrêts de développement ; mais ne pourrait-on e cette cause dont la nature nous est inconnue, a agi noelle et sur les autres organes ? Si M. Fol émet cette 'il a eu l'occasion d'examiner un fœtus dont une partie ait défaut et qui ne présentait pas de lésions d'autres

sente un malade qui est atteint d'une *fistule de la région* venue à la suite de l'extraction d'une tumeur de cette rvation de ce cas (voir p. 97).

te un nouveau microscope de laboratoire qui est en transportable, et peut s'éclairer avec une petite lampe a l'avantage sur le gaz ou les autres lumières artificielles, ifférencier facilement les diverses colorations d'une pré- cé sous le champ du microscope une préparation prove- ns des malades de la prison Saint-Antoine, morts avec

des accidents cholériformes au mois d'août 1884. Cette préparation a été dernièrement montrée par M. le prof. D'Espine, à M. le prof. Koch de Berlin, qui a déclaré la considérer comme une culture de bacilles du choléra.

M. le prof. Fol fait en outre une communication sur plusieurs monstres humains.

Le Secrétaire : Dr E. Marignac.

Séance du 6 janvier 1886.

Présidence de MM. les Drs Picot et D'Espine.

M. *le Président* annonce qu'il remet à la bibliothèque de la Société de la part du comité de rédaction de la *Revue médicale de la Suisse romande*, les six volumes déjà parus de l'*Index-catalogue* de la bibliothèque du chirurgien général de l'armée américaine. Ce don est fait sous la condition que dans le cas où la bibliothèque de la Société médicale disparaîtrait pour une raison ou une autre, ces volumes feront retour à la *Revue médicale;* et en outre à cause de la nature de cet ouvrage, il ne devra pas sortir du local de la Société.

M. Picot lit son rapport présidentiel sur la marche de la Société pendant l'année 1885 (voir p. 119).

M. Hilt, trésorier, expose l'état des finances; l'exercice de 1885 clôture avec un léger boni de 130 fr.

M. L. Gautier, bibliothécaire, mentionne le fait que le principal accroissement de la bibliothèque est dû au legs du Dr Julliard, mort dans le courant de l'année.

M. Prevost annonce qu'il est chargé par le comité de réception de la *Société helvétique des sciences naturelles,* dont le président est M. le prof. Soret et dont lui-même est vice-président, de demander à la Société médicale si elle serait disposée à avancer la réunion annuelle de la *Société médicale de la Suisse romande,* dont le comité est cette année à Genève, pour la faire coïncider avec la réunion de la Société helvétique qui aura lieu dans notre ville et au mois de septembre.

A la suite d'une discussion, la Société décide d'adhérer à cette proposition, à la condition qu'il soit bien entendu qu'il y aurait en tous cas une séance spéciale de la Société de la Suisse romande et qu'elle ne serait pas fondue dans une section médicale de la Société helvétique. En outre, il faudrait que cette proposition fût acceptée par les cinq sociétés de la Suisse romande.

La Société procède à l'élection du bureau :

MM. *D'Espine* est nommé president.
Marignac est nommé secrétaire.
Hilt est nommé trésorier.
Léon *Gautier* est nommé bibliothécaire.

Le conseil de famille est maintenu.

on est ainsi composé : MM. *Long, Maunoir* et
nt : MM. *Picot, Revilliod* et *Dunant*.
te à la discussion de la suppression des lecteurs
Haltenhoff.
cussion, la Société décide de maintenir des lec-
tiqué actuellement, et particulièrement en n'exi-
le tour manqué.

Le Secrétaire : Dr E. Marignac.

Société médicale de Genève 1885,

à la séance du 6 janvier 1886,

le Dr C. Picot, président.

de se terminer, pendant laquelle vous
r de me confier la présidence de notre
pour nous d'une façon absolument régu-
cun incident n'est venu troubler la marche
ociation ; c'est vous dire qu'à défaut d'au-
rt aura au moins celui de la brièveté. Rien
activité professionnelle n'a signalé cette
ublique a rarement été meilleure à Genève
épidémie de quelque importance n'est
population, et si le choléra a continué à
lans quelques pays du midi de l'Europe, il
ché de nos frontières et ne nous a jamais
[illegible]

s sommes sortis du cadre habituel de nos
cuper d'une question d'hygiène publique.
mande de crédit pour la construction de
teurs sur les deux rives du lac et du Rhône,
e Grand Conseil et aux autorités munici-
suburbaines par l'administration de notre
a cru devoir appuyer cette demande en
ités compétentes une lettre dans laquelle
ette construction qui lui paraissait être de
tance pour la salubrité de l'agglomération
ns eu le plaisir de constater que nos vœux
crédits ont été votés, les travaux de l'égout

de la rive gauche sont maintenant presque achevés et ce
la rive droite viennent d'être commencés. D'autre part la
d'eau des machines hydrauliques de la ville a été, depuis
tomne de 1884, reportée au-dessus du port de Genève, (
assure à notre population une eau à l'abri de toute char
contamination provenant des égouts de la banlieue.

Est-ce à cette circonstance, ou au fait qu'il est rare q
maladie infectieuse sévisse avec intensité deux années de
qu'il faut attribuer la rareté des cas de fièvre typhoïde en
c'est ce que l'expérience des prochaines années ne tarder
à nous apprendre. En tous cas nos autorités ont pris les
leures mesures prophylactiques que recommandaient no
naissances actuelles sur l'étiologie de la fièvre typ(
et il est permis d'espérer, que grâce à ces mesures, ce
bien plus à craindre pour nous que le choléra qui ne para
s'installer volontiers à Genève, deviendra de plus en plus
dans notre pays.

Puisque je parle de nos rapports avec les autorités, pe
tez-moi aussi de vous rappeler la réunion de tous les méd
et pharmaciens de notre canton convoquée le 4 décembre
nier par le Département de Justice et Police. Il s'agissa
prendre part à la nomination d'une commission charg
préaviser sur les modifications à apporter à nos lois et
ments relatifs à l'art de guérir ; la question de l'exercice i
de la médecine et de la pharmacie était particulièrement
Notre société n'avait pas à s'occuper de ce sujet, qui int
le corps médical tout entier, dont nous ne formons guèr
la moitié ; nous avions cependant attiré sur lui l'attenti
département par une lettre que nous lui avions adress
1880, et beaucoup d'entre nous ont tenu à assister à la s
du 4 décembre dans laquelle un tour de préconsultation
lieu sur les recommandations à adresser à la commissio
nombreux cas d'infraction aux lois et règlements y or
signalés.

Nous souhaitons que la commission qui a été nommée t
un remède à cette situation, mais nous croyons que c'est
moins la législation qui est en défaut et qui a besoin (
réformée que la manière dont elle est appliquée ; il fau
surtout pour cela que les charlatans et les rebouteurs n
pas pour complice une grande partie de l'opinion publiqu
suivant le vieil adage « vulgus vult decipi » est trop disp(

confiance aux ignorants qui battent la grosse
ames qui, ayant sérieusement étudié la patho-
eutique, cherchent à venir en aide aux mala-
ns dont l'expérience et la science ont prouvé
vrai que ces moyens sont souvent impuissants ;
is, dans bien des cas, presque désarmés contre
mort ; d'autre part le malade ne peut cesser
appelle de nos arrêts à tous les marchands
i promettent la guérison infaillible ; aussi le
st-il pas près de disparaître malgré police et

'a perdu heureusement cette année aucun de
fs par la mort, mais nous avons à regretter la
e Dr *Ducellier* de Carouge, démission main-
sollicitations.
nous avons eu le plaisir d'accueillir parmi
adame, savant neuchâtelois, maintenant éta-
le. M. Ladame était déjà connu par de nom-
r la pathologie du système nerveux et il nous
s intéressant mémoire, publié dans la *Revue*
origines de l'électrothérapie. Il y fait ressortir
qu'a joué au siècle dernier, dans la décou-
t thérapeutique, un magistrat de notre ville,
abert et il proclame Genève comme le ber-
hérapie. Nous ne pouvons que remercier notre
d'avoir consacré ses recherches à la revendi-
os gloires nationales, gloire qui était jusqu'ici
le la plupart d'entre nous.
erné le titre de membre correspondant à M.
de nos compatriotes, établi au Havre où il a
rang estimé comme praticien et s'est fait
homme de dévouement par la fondation d'un
e pour les maladies de l'enfance.
e regret de voir la mort nous enlever deux de
oraires, tous deux octogénaires, MM. les Drs
t *J. Bizot* qui ont été longtemps membres
iété. Je ne vous ferai pas ici leur biographie,
ayant déjà consacré à chacun d'eux un arti-
Je rappellerai seulement que Julliard fut
reuses années chef du bureau de salubrité de

notre canton, fonctions qu'il n'abandonna que peu avant sa mort, et que nous devons à la générosité de notre collègue, le prof. Gustave Julliard, la plus grai de son importante bibliothèque surtout riche en ouv l'hygiène publique et la syphiligraphie. Bien qu'hor notre société depuis près de vingt ans, Julliard assi quefois encore à nos séances et il nous présentait en « exposé des motifs d'un projet de règlement sur la c de vacheries et laiteries, » sujet dont il comprenait importance pour l'alimentation des enfants. Bizot n tait plus depuis longtemps notre société, mais il en des illustrations, car il avait été, étant encore étud des fondateurs de cette Société médicale d'observatio où se formèrent sous l'inspiration de Louis, tant de t et de cliniciens de mérite, et il y avait présenté ses « recherches sur le système artériel de l'homme, qu'il développa depuis et qui est resté classique. renoncé jeune encore, à la pratique médicale, il n'en moins resté pour tous ceux qui l'ont connu le mei plus aimable des collègues.

J'arrive maintenant, Messieurs, à l'énumération d vaux scientifiques; je ne vous en donnerai pas un même succinte, car un grand nombre d'entre eu publiés dans la *Revue*, les autres sont résumés dan cès-verbaux et je ne veux pas allonger ce rapport tiles répétitions, mais je vous en rappellerai au titres en les classant sous les rubriques habituelles.

Pathologie interne.

M. *D'Espine* nous a présenté une femme hysté laquelle il a pu déterminer, par simple suggestion, l thésie et son transfert, et il nous a rapporté deux c monie mortelle compliquant une fièvre typhoïde.

M. *Glatz* nous a fait une communication sur les la dilatation de l'estomac, et nous a cité, à propos d tions, plusieurs observations tirées de sa propre exp

M. *H.-Ch. Lombard* nous a exposé, dans un mé complet, l'état actuel de nos connaissances sur l'é la fièvre typhoïde.

lu la relation d'un cas de pleurésie
ante chez un homme atteint d'une
ée avec succès par l'empyème.

Pathologie externe.

in nous a présenté un malade auquel
l'Estander pour une pleurésie purt
é avec M. *Gœtz* l'observation de ce
l la résection des côtes a amené un

a fait connaître sa nouvelle méthod
de l'utérus dont il nous a fait con
ues malades. Il nous a exposé égal
'extraction, en deux temps, des fibr

din nous a raconté l'extraction d'u
qu'il nous a présenté.
ous a parlé d'un enfant mort d'hém
ne trachéotomie, et chez lequel l'a
nce d'un abcès voisin de la trachée
cident de l'opération.
a présenté un malade atteint de fi
e l'ablation d'une tumeur de la pa
tion de ce cas intéressant.
nous a lu l'observation d'une extrac
rps vitré, et nous a également pré

Thérapeutique.

nous a parlé de l'insuccès que lui a
aitement des ulcérations du mamelo
que M. *Barde* confirmait les excelle
t agent dans la chirurgie oculaire. M
orté aussi un cas d'asthme dans l
ntage la pyridine, et M. *Picot* nous

Marignac nous a adressé une int
ur la composition des eaux de Challe
bard nous a rapporté un cas d'em
ne.

M. *D'Espine* nous a présenté des pièces prov
lade qui était atteint de dilatation bronchique.

M. *Laskowski* nous a lu un mémoire sur les
anciens et modernes, dans lequel il nous a exp
qu'il suit pour cette opération et nous a comu
d'amyélencéphalie partielle.

M. *Fol* nous a présenté aussi quelques cas intéi
tologie, ainsi qu'un nouveau microscope portati
clairer avec une petite lampe électrique, syst
nous a montré avec cet instrument le bacille-v
provenant des déjections des malades de la p
Antoine qui ont succombé l'année dernière au c

M. *H.-Cl. Lombard* nous a résumé les dernie
sur les fonctions du corps thyroïde.

M. *Girard* nous a fait part de ses expérience
artificielle de l'estomac.

Comme vous le voyez, Messieurs, nos séance
ralement bien remplies, et des discussions in
succédé à la plupart des communications qui nou
Estimez-vous cependant que nous devions comp
un nombre suffisant de travaux et de présentati
pour nous passer à l'avenir du travail dit obliga
soit devenu terriblement facultatif), ce travail
quelques-uns d'entre nous, l'occasion de nous
des faits dignes d'intérêt tirés de leur pratique e
probablement sans cela gardés toujours pour eu
vous allez avoir à discuter et à décider tout à l'h

Ajoutons quelques mots sur les réunions médic
nous avons été convoqués :

Le 30 mai 1885 avait lieu à Berne une asse
de tous les médecins suisses, due à l'initiative
sion médicale suisse; cette réunion, à laquelle pl
nous ont assisté, comptait environ 300 médecins
les parties de la Suisse; la présidence en avait é
une courtoisie que nous avons vivement appré
présidents d'une des sociétés médicales de la S

Votre président en particulier avait été convié à cet honneur, qu'il dut décliner pour des motifs purement personnels. La séance, présidée par notre ami le Dr Marc Dufour de Lausanne, a eu un plein succès et M. Dufour a pu saluer pour la première fois la réunion de nos trois sociétes médicales suisses, le Centralverein, la Société médicale de la Suisse romande, et leur sœur cadette la Société médicale de la Suisse italienne.

Le 7 mai, la Société vaudoise de médecine se réunissait à Rolle; cette société a l'habitude d'avoir chaque année une séance hors de Lausanne, dans une des villes de province du canton et convoque à cette réunion les membres des sociétés amies. Beaucoup de genevois s'y étaient rendus, apportant leur contingent de communications et surtout profitant de la riche moisson de faits que nos voisins savent recueillir. Inutile de dire que nous avons reçu la plus cordiale réception.

Le 1er octobre la Société médicale de la Suisse romande tenait son assemblée annuelle à Saint-Maurice; c'était la Société médicale du Valais, section centrale pour 1885, qui recevait les sociétés sœurs, et son président, le Dr Ch. Bonvin qui ouvrait la séance par de chaleureuses paroles suivies d'intéressantes communications scientifiques. Notre Société, hélas, était bien faiblement représentée à cette réunion. Ce n'est point cependant le zèle confraternel qui nous manque, mais la distance est grande de Genève à Saint-Maurice et pour assister à la séance il fallait partir déjà la veille; une absence aussi prolongée est souvent difficile pour des médecins, aussi ne devrait-on pas en revenir à l'ancienne coutume d'avoir toujours la réunion annuelle de nos sociétés à Lausanne point central qui, laissant à chacun l'usage de sa matinée, nous permet d'aller plus nombreux serrer la main de nos confédérés? C'est là une question que je soumets aux méditations du comité que nous allons élire et qui sera cette année comité central.

Le 8 octobre votre président représentait notre Société au Grand-Saconnex, pour l'inauguration du monument élevé par les oculistes suisses, à Jacques Daviel, l'éminent chirurgien qui le premier guérit la cataracte par extraction. C'était une aimable pensée de notre collègue, le Dr Haltenhoff, d'inviter notre société à se faire représenter à cette cérémonie, car nous n'y avions aucun droit. Les oculistes suisses avaient tenu à faire entre eux tous les frais du monument, et n'avaient rien demandé à leurs collègues profanes en ophtalmologie. Permet-

tez-moi cependant, Messieurs, de remercier ici au n
membres de notre Société M. le Dr Haltenhoff pour l'i
qu'il a prise de perpétuer parmi nous le souvenir d'un
illustres représentants de notre art, enseveli sur notre te
il a honoré ainsi le corps médical genevois, et il p
assuré que notre concours ne lui aurait pas fait défa
l'eût réclamé. Remercions aussi M. Sarasin, maire du
Saconnex, qui a si bien accueilli et traité tous ceux q
taient à la cérémonie.

Mentionnons enfin la séance donnée le 24 avril sous
pices de la Société d'hygiène et de notre Société p
Dudgen, sur l'hygiène en Chine. Le savant médecin
professeur de médecine à Pékin, a vivement intére
auditoire par les détails qu'il nous a donnés sur les m
Chinois. Les règles d'hygiène de ce peuple. consisten
à n'en pas avoir, et, d'après M. Dudgen, il ne s'en t
pas plus mal.

Je vous épargnerai cette année, et pour cause, les com
que la courtoisie de nos présidents croit devoir parfois
à la *Revue médicale*, mais, Messieurs puisque je fais p
la rédaction de cette feuille, permettez-moi de la reco
chaudement à chacun d'entre vous; elle vit presque e
ment par les travaux des médecins de la Suisse roma
le plaisir de constater qu'un grand nombre des mer
notre société nous ont largement aidés de leur plume ;
reçoivent ici tous nos remerciements, mais que cette
ration ne se ralentisse pas, autrement la *Revue* risqu
de péricliter. Nous vous recommandons particulièrem
« recueil de faits » où toutes les communications que v
rez nous faire sur les cas intéressants de votre pratiq
toujours bien accueillies.

Au commencement de l'année, notre bibliothécai
Dr Duval, qui avait administré pendant longtemps et
si grande sollicitude, nos richesses bibliographiques, a
à être déchargé de ses fonctions, mais avant de les
avait su former un successeur digne de le remplacer,
Léon Gautier, qui avait déjà entrepris de refaire le
de nos livres et brochures. Nous possédons maintenan
ble catalogue complet de notre bibliothèque, par
matières et par ordre alphabétique des auteurs; c'
véritable travail de bénédictin pour lequel M. L.

ncères remerciements. L'augmentation du
s, résultant surtout du don considérable du
sité l'installation de nouveaux rayons, qui
ent pour quelques années à l'accroissement
ue.

ieurs, en terminant ce rapport, à remercier
notre trésorier, MM. les Dr de Marignac et
ju'ils ont apporté dans l'exercice de leurs
exprimer tous les vœux que je forme pour
tre chère société.

BIBLIOGRAPHIE

Dr L. Bouveret, médecins des Hôpitaux de Lyon. traitée par les bains froids, Paris et Lyon, 1886.

l pages, orné de 18 tracés thermométriques et de
hiques, peut être considéré comme un manuel pro-
nent de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand.
t que cette méthode, inaugurée à Lyon en 1871 par
lors généralisée dans cette ville où elle a trouvé une
à Paris.

avoir donné un exposé detaillé de l'historique de la
sions auxquelles elle a donné lieu, rendent compte
ersonnelles et des nombreuses observations qu'ils
plusieurs épidémies successives, soit à Lyon, soit

de réfrigération des malades par l'eau ont été pro-
Bouveret les passent en revue et les discutent : ce
la *lotion froide*, le *lavement froid*, l'*enveloppement*
ale du froid, le *bain tiède*, le *bain tiède progressi-*
in froid.

montrer que le bain froid de 15° à 20°, appliqué
oureuse de Brand, savoir toutes les trois heures
is fréquemment dans bien des cas, est la méthode
ent comme règle de conduite uniforme, sauf chez les
s le bain tiède progressivement refroidi doit souvent
n thermométrique, fait dans le rectum de préférence
er dans l'administration des bains, qui seront indi-
empérature dépassera 39°.

is les méthodes mixtes, c'est-à-dire celles dans les-
on par l'eau est aidée par d'autres antipyrétiques
e soude, antipyrine, etc.). Ils accusent l'antipyrine
critique que favorise au contraire le bain.

MM. Tripier et Bouveret insistent sur la nécessité d méthode de Brand aussi près du début de la fièvre typho Ils voient peu de contre-indications ; la pneumonie, la n seraient pas des contre-indications, et ils signalent au dans lesquels cette méthode a été heureuse même avec c Ils s'attachent à réfuter les objections que l'on a faites Brand, en particulier en l'accusant de favoriser la synco ragies.

L'alimentation doit être soutenue et progressivement a cependant éviter les aliments solides avant la période complètement établie depuis plusieurs jours. La méthode nos auteurs, facilite d'ailleurs beaucoup la possibilité d' rapidement réparatrice.

Sur 233 malades traités par cette méthode, 20 ont s 8,5 pour 100. Mais un grand nombre de malades ont é les services spéciaux que dirigeaient MM. Tripier et B état désespéré après plusieurs semaines de maladie, e chiffres en aggravant un pronostic infiniment plus fa malades qui dès le début de leur maladie ont pu être s ment.

Il nous est impossible de rendre compte succinctemen dans lequel on trouvera de nombreux détails pratiques su Brand appliquée consciencieusement et avec soin par d convaincus de sa supériorité sur tous les autres modes de fièvre typhoïde.

On trouvera des détails relatifs à la direction du traite rents âges, dans la clientèle privée ou hospitalière, dans ville et de la campagne ; les auteurs rapportent des succès épidémies rurales, où il paraît souvent difficile au premie rir à la méthode, ils relatent en particulier les succès obten livet dans l'épidémie de Thoiry, qui fait le sujet d'un mém cette *Revue*. Tous ces détails doivent être lus dans l'ouvra prêtent peu à l'analyse.

—

Louis Jullien. Traité pratique des maladies véné 2me édition, in-8o, avec 246 figures.

On peut taxer d'heureux les auteurs dont, à l'heure actu sont traduits et réédités. C'est le cas du Dr Louis Jullien peu d'années, nous présente de nouveau son traité des riennes, transfiguré et mis au dernier point de la scienc trait à cette branche spéciale de l'art de guérir, soit en l'étranger, y est signalé, cité, commenté, discuté, et l' auteur l'homme impartial qui a subi l'influence des diver voyagé et beaucoup vu.

Lyonnais dans le principe, ayant débuté sur le vaste c quaille, il a su faire largement la part de ses premiers n

e d'hommes supérieurs qui, quoique en dehors du
ont donné une si vigoureuse impulsion à des corps
eux de la dualité, du chancre mixte, etc.
gtemps, M. Jullien a acquis un talent d'exposition
élégance dans la forme et le fond, qui rendent son
le et agréable. A côté du théoricien qui expose et
urs, affirme ou suspend son jugement, on sent le
même, aux diagnostics précis, qui a vu ce dont il
prises avec les difficultés. Citons sous ce rapport ses
norrhagie, du chancre simple, de la syphilis, qui
e précieux à tous ceux qui ne sont pas rompus aux
ique.
lieu des éloges que nous sommes heureux d'adres-
nous connaissons de longue date et personnellement
aleur, qu'il n'y ait pas de points controversables
nous partagions absolument ses vues? Bien loin de
net pas, en dépit de la découverte incontestable du
de la blennorrhagie, et nous ne saurions le suivre
nous, comme pour beaucoup d'autres, il y a une
une uréthrite simple, comme il y a des bronchites
tes tuberculeuses; mais ce sont, nous le reconnais-
s sinon impossibles à démêler en pratique et, sous
est laissé convaincre par le côté clinique. Lui en
he? Certainement non, pas plus que de son incré-
a transmission paternelle de la syphilis, appuyée
de l'autorité de Diday, Fournier, Hutchinson.
uvoir prendre à partie chapitre par chapitre les
s ce serait dépasser de beaucoup les limites de cet
, que nous ne terminerons pas sans recommander à
ns et élèves, la lecture de ce livre classique dont
embellissent le texte et où les documents biblio-

OLTRAMARE.

—

cipal à Strasbourg. Le café comme antiseptique. *ste Zeitschr.* 1885, nos 6 et 12, Berlin, Mittler, et
à l'assemblée des médecins naturalistes allemands

nt imaginé de remplacer dans la méthode antisep-
rement médicamenteuses par des produits alimen-
les plaies avec du sucre, il n'est pas étonnant que
songé à détrôner celui-ci par la vulgaire *poudre de*
r, ayant eu cette idée, vient de faire une série
ations qui démontrent à l'évidence les propriétés
atrides du café grillé pulvérisé, tel qu'on le trouve

dans chaque ménage; il s'est pourtant plu
que livre sous forme de « plaques » la ma
Strasbourg.

Il résulte des communications de M. Op
vants :

1° 50 centigr. de café grillé pulvérisé ralen
ble, la fermentation alcaline de 10 gr. d'ur
putréfaction de la même quantité d'une solu
de poudre de café grillé agit de la même
15 gr. de viande crue.

2° L'action désodorante et antiseptique du
de la caféine, mais plutôt des substances ar
par suite du grillage.

3° Lorsqu'on saupoudre une plaie avec
celle-ci en absorbe bientôt les produits de s
antiseptique » suffisante pour la protéger co
nismes du dehors.

4° Comme on peut partout facilement se
comme chaque soldat (le soldat suisse en
ration dite de réserve (eiserne portion), il
spécialement au premier pansement occlusif
la pratique de la campagne, par exemple.

5° Il ne faudrait cependant pas considé
comme une panacée pour toutes les blessure

Il est vivement à désirer, comme le rem
même, que de nouvelles observations et d
viennent confirmer les résultats obtenus par

—

J. Roussel. Leçons sur la transfusion
Asselin et Houze

Ce travail, accompagné de nombreuses fig
leçons faites par l'auteur à la Salpêtrière av
cot. M. Roussel y expose d'abord les condi
sion, puis passe en revue les divers instrum
ration et donne la description du transfu
permet la transfusion directe, de bras à b
suivre pour l'emploi de cet instrument. Apr
produits par la transfusion, il rapporte un c
favorables à sa méthode et conclut que la
suffisantes, de sang humain vivant, compte
non seulement un traitement héroïque cont
hémorragies et un moyen hémostatique et
chroniques, mais encore un agent curatif de
nombre de troubles fonctionnels et nerveux

—

A. Baader. *Schweizerischer medicinal Kalender*. Bâle, 1886.
Benno Schwabe.

ous ne pouvons que renvoyer nos lecteurs à ce que nous disions, il
n an (janvier 1885), sur cette excellente publication qui en est à sa
ième année, et où ils trouveront une foule d'utiles renseignements.

VARIÉTÉS

ÉCROLOGIE. — Nous avons eu le regret d'apprendre la mort de
les Drs Roulet et Luchsinger.

e Dr Albert-Louis Roulet était né à Peseux, dans le canton de Neu-
el, en septembre 1841 ; il passa une partie de son enfance à Bâle, où
père s'était retiré pour des motifs politiques, et à Bienne, puis suivit
lasses du collège de Neuchâtel ; de là il se rendit à Fribourg en Bris-
dont il suivit le lycée pendant deux ans. S'étant décidé à embrasser
arrière médicale, il partit pour Paris où il remplit les fonctions d'ex-
e et d'interne provisoire dans les hôpitaux. C'est là que nous l'avons
u et que nous avons pu apprécier la vigueur et l'originalité de son
ctère. L'étude de l'ophtalmologie le captiva particulièrement et il de-
l'assistant de Meyer, qui lui fit faire la connaissance de son illustre
re, le prof. de Græfe Roulet passa également quelques mois auprès
e dernier à Berlin, après avoir été reçu docteur à Paris, où il soutint
excellente thèse sur l'*Asthénopie*.
evenu à Neuchâtel, Roulet se consacra particulièrement au traitement
maladies des yeux, en même temps qu'il professait l'hygiène à l'Aca-
ie. Il ne tarda pas à s'occuper des affaires publiques ; membre du
eil municipal de Neuchâtel, puis du Grand Conseil, il entrait en
' au Conseil d'État, où il prenait la direction du Département de
truction publique. Il consacra à ces hautes fonctions toute son intelli-
e et son activité, maintenant l'instruction publique à un degré qui
honneur à son canton, et présidant à la réorganisation de l'Académie.
qu'il eût dû renoncer à la pratique de notre art, il n'oubliait pas
était médecin ; les questions d'hygiène publique, particulièrement
de l'alcoolisme, étaient l'objet de ses préoccupations ; nous l'avons
ndu au *Congrès d'hygiène* réuni à Genève en 1882, présenter sur ce
ier sujet un important rapport dans lequel il concluait à la proscrip-
du commerce de tout autre alcool que l'alcool éthylique. Il traita la
e question dans des conférences publiques faites à l'Aula de l'Uni-
ité de Genève.
oulet était dans le plein de son activité lorsque sa santé subit une
e atteinte pendant l'été dernier, et il succombait le 13 janvier 1886
progrès de la maladie de Bright. Un immense cortège lui rendit les
iers honneurs au cimetière de Colombier. C. P.

; Dr Luchsinger, qui avait il y a peu d'années remplacé à Zurich
e prof. Hermann dans la chaire de physiologie, vient de succomber à
n et laissera des regrets sincères parmi ceux qui l'ont connu comme
on comme savant.
riginaire de Glaris et nommé professeur de physiologie à l'école vété-
ire de Berne, Luchsinger avait su se faire rapidement connaître par
travaux originaux et son ardeur au travail. Les thèses et les mé-
es qui se sont rapidement succédés dans son laboratoire étaient la
ve de son activité scientifique et du goût pour les recherches phy-
giques qu'il savait inspirer à ceux qui l'entouraient. Nous avons

s cette *Revue* plusieurs de ses memoires, notamment ceux à ses études sur les sécrétions.
r laissera à l'université de Zurich un vide qu'il sera peut-être ombler. J.-L. P.

—

ons. — La *Société nationale de chirurgie de Paris* a décerné ce du 20 janvier 1886 le titre de membre correspondant à Socin de Bâle, et celui de membre associé à M. le prof. J.-L. le Genève, déjà correspondant depuis 1878.

—

NTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES. — La 9me session de e réunira à Washington en septembre 1887, sous la presidence a *Flint*, de New-York ; le Dr *Nathan S. Davis* (65, Randolph , Illinois), remplira les fonctions de secrétaire général; c'est ivent être adressées toutes les communications.
tion en sections et le règlement sont à peu près les mêmes que cédentes sessions. Les membres etrangers aux États-Unis sont toute cotisation.

—

SECOURS POUR LES MEDECINS SUISSES.—Dons reçus en janvier 1886:
— Drs Münch, (IIme don), 20 fr. Strähl (IIIme don), 10 fr. — = 1202).
. — Dr A. B. (IVme don), 30 fr. D'un ex-médecin (?), 20 fr. lle (IVme don), 10 fr. — (60 + 1690 1750).
Drs Dumont (IIIme don), 10 fr. V. Surbeck (IIme don), 10 fr. 947 = 2967).
. — X. Y., Saint-Gall (IIme don), 30 fr. — (30 + 4105 = 4135).
- Dr H.-Ch. Lombard (IVme don), 10 fr. — (10 + 485 — 495).
- Dr Fr. Jeunt-Temme, 20 fr. — (20 + 225 245).
— Dr Cas. Fischer (IVme don), 20 fr. — (20 + 815 — 835).
. — Dr R. Ronca (IIIme don), 10 fr. — (10 + 463 = 473).
re. — Drs E. Ritzmann (IIIme don), 5 fr. G. Sterlin (IIme don), + 125 = 135).
- Società medica della Svizzera italiana (IIme don), 100 fr. — = 405).
— Drs G. Stutz (IIIme don), 10 fr. Seitz (IIIme don), 20 fr. IIIme don), 5 fr. G. Brunner (IIIme don), 20 fr. A. Claus 20 fr. Egli-Sinclair (IIIme don), 20 fr. Prof. Dr Horner 200 fr. S. S. à Zurich, 50 fr. (345 + 4043 = 4388).
5 + 21,255 des listes précédentes = 21,910 fr.
vrier 1886. *Le Trésorier* : A. Baader.

—

UR.—Nous recevons du Département de l'Intérieur du canton **relevé statistique** suivant des cas de maladies infec- alés par Messieurs les médecins au Bureau de police sanitaire 886; nous publierons régulièrement chaque mois ce relevé :

COMMUNE	Variole.	Scarlatine.	Rougeole.	Fièvre typhoïde.
ausanne	1	4	8	2
beseaux	.....	3		
ettens.....	.....	.....	1	
ussy.....	.....	.....	Plusieurs cas.	
illars-Tiercelin.	.....	1		
olies-le-Grand..	.....	.....	.....	1

I

A

Vario
Roug
Scarl
Diphl
Coqu
Eryn
Fièvr
Dyse
Infec
Autre

Phtis
Bron
Bron
Pneu
Pleur
Autre

Affec
Autre

Diarr
Autre

Apop
Autre

Affec

Autr
affecti

Traum
rt
ne
tal
d

DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES ET PRÉDOMINANTES

DANS QUELQUES AUTRES VILLES SUISSES

TABLEAU COMPARATIF DES DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES

DANS QUELQUES VILLES D'EUROPE

PENDANT LE QUATRIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1865

Dressé en nombres proportionnels, le total des décès dans chaque ville valant 1000

SSE	Variol	Rougeo	Scarlati	Diphté et croc	Coqueln	Typhoï et typh
e...	..3.	..3.	....	.12.	....	.23.
.....	.38.	....	....	.13.	.10.	..5.
.....	.17.	....	..3.	.10.	.28.	.27.
.....	....	....	....	.70	.51.	..4.
me..	....	.25.	.12.	.18.	..6.	..6.
-de-P.	....	....	....	.85.	....	.31.
Gall.	....	....	....	....	..	....
s...	....	....	....	.34.	.34.	....
ital..	....	....	....	....	....	.39.
rthour	....	....	....	.40.	....	.20.
house.	....	....	....	.44.	....	....
.....	....	....	....	.16.	.64.	....
urg...	...	....	....	.15.	.43.	....
s....	.71.	....	....	.36.	.18.	.13.
....	....	....	....	....	.36.	....
NGER						
.....	.10.	.66.	....	.23.	..8.	.48.
e. ..	..1.	.20.	..1.	.43.	..1.	.17.
eux..	.21.	..1.	..3.	.18.	..6.	.27.

ETRANGER	Variol	Rougeo	Scarlati	Diphté et croc	Coqueln	Typhoïde et typhus.
Paris.....	..4.	.19.	..5.	.89.	..5.	.30.
Lyon.....	.1/2.	.30.	.10.	.15.	..5.	.16.
Marseille..	.87.	.10.	.5.	.53.	..2.	.41.
Le Havre..	...	..1.	....	.16.	.13.	.31.
Nancy.....	....	..5.	..7.	..5.	...	.70.
Besançon...	....	....	....	..5.	....	.33.
Nice.....	..2.	..2.	....	.31.	....	17.
Bruxelles..	..1.	..2.	..4.	.39.	..6.	.10.
Londres...	..1.	.32.	.10.	.21.	.33.	..9.
Pétersbourg	..3.	.20.	.41.	.21.	..5.	.30.
Berlin.....	....	.12.	.17.	.80.	....	..9.
Munich....	..4.	..1.	..5.	.30.	..4.	.12.
Dresde....	....	.46.	.24.	.74.	....	..3.
Stuttgart...	....	.15.	..2.	.77.	....	..8.
Strasbourg.	....	.17.	..3.	.14.	....	.17.
Vienne....	.46.	.12.	..8.	.35.	..6.	..5.
Buda-Pesth.	.35.	.57.	..6.	.31.	..2.	.11.
Rome.....	.24.	.28.	..3.	.18.	..3.	.23.
Turin.....	..5.	..2.	.21.	.41.	..4.	.30.
Venise.....	148.	....	....	.10.	..3.	.31.

RÉSUMÉ DU QUATRIÈME TRIMESTRE 1

La diminution de la mortalité à Genève, que nous avi le commencement de l'année, s'est maintenue jusqu'à la f 1885, dans notre ville et sa banlieue, 307 décès de moins marche plus rapidement décroissante des décès du sexe f diquée précédemment, s'est aussi maintenue. On a compté masculins à chaque saison, 107 décès féminins en hiver, 9 80 en été et 76 en automne.

Pendant le dernier trimestre, la *variole* a causé des dé villes suisses, au lieu de cinq en été et six au printemp en a été élevée à Hérisau et assez notable à Zurich. A l' riole a persisté dans les mêmes villes qu'au trimestre Besançon où elle s'est éteinte, mais avec une forte Marseille, et une bien plus forte encore à Venise.

La *rougeole* et la *scarlatine* sont restées très légères en S ger, la rougeole a amené jusqu'à cinq et six décès sur Pesth et Reims. La scarlatine a aussi été partout très peu bourg seulement elle a occasionné quatre décès sur cent.

La *diphtérie* est toujours la maladie infectieuse la plus à Chaux-de-Fonds, Berlin, Stuttgart, Dresde et Berne qu' de décès par cette cause.

La *coqueluche* en a occasionné quatre à cinq sur cent à bourg et encore plus de trois pour cent au Locle, à Lucer

Quant à la *typhoïde*, elle a causé des décès dans dix v quinze, et dans toutes les villes étrangères qui figurent s Nancy, Reims, Pétersbourg et Neuchâtel en ont eu le plu

Le *résumé annuel* des actes de l'état civil, publié par l de statistique, fait voir que la natalité et la mortalité ont régulièrement diminué pendant les dix dernières années des villes suisses. Mais, tandis que la natalité a diminué cent, la mortalité n'a diminué que de douze pour cent.

Voici les chiffres des naissances par mille habitants, d 32,6 — 32,5 — 32,0 — 31.3 — 30,5 — 30,1 — 29,1 — 29,0 et ceux des décès, aussi par mille habitants :
25,3 — 24,8 — 24,5 — 24,6 — 24,5 — 24,1 — 23,6 — 22,9

Un fait réjouissant à signaler, c'est que les décès par des voies respiratoires, ceux par entérite chez les petits par scarlatine ont réellement diminué de fréquence dans très marquée et très soutenue.

• 3. 15 MARS 1886.

JE MÉDICALE
UISSE ROMANDE

AUX ORIGINAUX

l'armée suisse d'après les documents les plus récents,

médicale de Genève le 3 février 1886,

Dr H.-Cl. Lombard *senior*.

ves au recrutement et à la revision de
: l'objet de nombreux travaux dans ces
est résulté la certitude que les directions
chargés du recrutement étaient très in-
onseil fédéral a-t-il nommé une commis-
eviser et de les compléter. D'après le
récemment au Département militaire[1],
'examiner les recrues et les incorporés,
les maladies, ainsi que toutes les infir-
qu'ils auront constatées sur les hommes
n. Ils devront inscrire les plus minutieux
le que la longueur des bras, qui peuvent
ation vicieuse, ainsi que celle des autres
s les meilleurs règlements présentent
des difficultés pratiques considérables.
sont plus sévères, tandis que d'autres
'est ce qui a été constaté dans les années
t 1880 où les examinateurs ont été plus
urs successeurs l'ont été moins, de ma-
ombre des exemptions dans une assez

du 29 janvier 1886.

forte proportion ; c'est ainsi qu'elles so
III^me^ division de 64 °/₀ à 42 °/₀.

Il est vrai que les décisions du conseil de
pas définitives, en sorte qu'un jeune homm
peut en appeler au médecin en chef de l'ar
militaires cantonales.

Au reste, notre recrutement est considé
que celui des autres nations européennes. T
du D^r^ Haltenhoff qui a examiné plus de
qui a publié ici même [1] une intéressante
du D^r^ Bircher [2], considéré surtout au po
tandis que l'étude que nous voulons faire
la distribution géographique des principales
ainsi qu'à certaines questions ethniques et
à la population suisse comparée à celle des
péennes et américaines. Notre travail ne
emploi avec celui du D^r^ Haltenhoff et peut
ment. Cela dit, entrons en matière.

L'une des questions dont le D^r^ Bircher
plus de soin, c'est la *taille* des recrues et
réuni dans le tableau ci-dessous la taille
grand nombre de pays européens et améri

TAILLE DES RECRUES EN DIFFÉ

		m.		
1.	États-Unis. Indiens	1,725	18.	Mulâtr
2.	Id. Blancs	1,718	14.	Anglai
3.	Norwégiens	1,713	15.	Russes
4.	Écossais	1,703	16.	Suisse
5.	Américains britanniques	1,702	17.	Indes
6.	Suédois	1,699	18.	Franç
7.	Irlandais	1,695	19.	Polona
8.	Danois	1,693	20.	Mexica
9.	Hollandais	1,692	21.	Italien
10.	Hongrois	1,691	22.	Sud-am
11.	Anglais	1,691	23.	Espagn
12.	Allemands	1,690	24.	Portug

Moyenne générale..... 1^m^,7

[1] *Rev. méd. de la Suisse romande.* Décembre 1885, p.
[2] Die Recrutirung und Ausmusterung der schweizerisch

e l'Amérique du Nord, les
cupent les premiers rangs
les latins et les sud-améri-
a Suisse est, au contraire,
e les grandes et les petites
chée de ces dernières que
es Écossais fournissent les
de mon étonnement en me
ourg où je rencontrais à
i pu faire la même observa-
midi de l'Allemagne et en
avec les régiments autri-

it pas exactement le même
les peuples latins ont une
mparée à leur taille ; les
ème rang pour la taille se
rence thoracique ; d'autre
sième rang pour la taille,
du thorax. D'où l'on voit
s de faire un service utile
s aux exercices militaires,
nais aussi de s'assurer que
pour faire un bon soldat.
mptions amenées par des
tion, il n'y a qu'un pas ;
le maladies thoraciques est
adopté la distinction entre
pour d'autres maladies de
que cette séparation a été
ux sur lesquels ont été éta-
iennent la confusion de ces
ste, notre confrère argovien
des recrues de celles des
ont été seules désignées
iennes, Schaffhouse et une
seules portions de la Suisse
xemptés, comme étant at-
tout le reste de la Suisse
donner pour cette classe

es exemptions consécutives à l'exist
liées avec le plus grand soin par le
uvrage sur le goitre endémique, se
ité et le crétinisme [1]. Il a montré
nisme, le bégaiement et le goitre c
ence et reconnaissaient une cause
; cet ouvrage trois cartes pathologi
ndue du crétinisme dans le canton c
este de la Suisse, et l'existence d
rope centrale. Notre confrère éta
connaître les exemptions occasionn
ues, ainsi que sur les hommes incor
mité s'étant développée postérieur
née, les a rendus impropres au serv
est surtout dans les régions centra
ucerne que l'on a compté le plus g
ntes du goitre, tandis que dans les
ales et méridionales, les goitreux
en compte, il est vrai, quelques-un
nvirons du lac de Lucerne et da
dans les régions jurassiennes et au
presque inconnue. Quant aux inco
un développement qui s'oppose à
militaire, on les rencontre surto
ıe, de Lucerne et dans quelques po
urich et des Quatre-Cantons.
idiotie et le *crétinisme* ont été
emption du service militaire et ce
s ont une origine et des caractère
les idiots ont presque toujours un
en est pas de même pour les crét
an arrêt du développement corpore
finition du Dr Baillarger [2]. Il est d
leux infirmités n'aient pas été sép
exemptions du service militaire. Q
rfection, nous pouvons reconnaître
e prédominent dans les massifs d

er endemische Kropf und seine Beziehungen
ismus, mit drei Karten, in-4, Basel, 1888.
nquête sur le goitre et le crétinisme, in-8, Pari

ares dans l'Oberland bernois que dans
chwytzoises et uranaises, où le massif
ucoup d'exemptions par suite de fai-
s le canton d'Argovie, la rive droite
inte par ces deux infirmités, ainsi que
le *bégaiement*. Par contre, toute la
que les régions du nord-est et du midi
d'exemptions pour cause de faiblesse

ce qui regarde les *pieds-plats* qui sont
ns jurassiennes et dans les Alpes ber-
e s'en rencontre presque pas dans le
. et les deux Appenzell. Peut-être que
rachitisme.
s se répartissent assez uniformément
l'exception du Tessin, de Vaud et
où elles sont rares.
maladies des yeux sont surtout nom-
villes et dans les cantons où l'indus-
avaux des champs. C'est le cas pour
portions des cantons de Vaud, Valais,
Thouse, Zurich et Berne. Mais il ne
l'exemption dépende d'aucune cause

maintenant les faits que nous venons
irer les conclusions suivantes :
se rencontrent dans les régions orien-
Suisse; tandis que les petites tailles
e dans les régions centrales.
iques sont plus nombreuses à l'est et
midi.
ntrent plus fréquemment dans les ré-
les cantons occidentaux et méridio-
rmes, il y a plus d'exemptions pour
lpes, où prédominent les roches pri-
e calcaire du Jura.
otie sont à peu près inconnus à l'ouest,
eux endémies qui ont la même origine
ions centrales et orientales.
géographique des *pieds-plats* et des
résente pas de grandes variétés dans

les différentes régions de notre pays; s
se rencontrent plus souvent au nord-ou
tandis que les hernies abdominales s
l'ouest et au nord qu'au midi et à l'est.

7° Les *vues basses* sont très rares au
sont nombreuses à l'ouest et au nord-es

8° Les *ophtalmies* ont à peu près la
celle des vue basses, puisqu'on les ren
au centre.

En définitive il résulte de la compara
tions de notre patrie que la Suisse ron
moins d'exemptions du service militai
trales et orientales. C'est en particuli
Vaud, Neuchâtel et la majeure partie
fait seul exception à cet égard.

En étudiant les causes ethniques de
vons signaler l'influence délétère de l'
hérédité sur la taille, ainsi que sur le sy
que les enfants des alcooliques ont de
leurs parents; ils sont aussi plus dispos
tisme et au crétinisme. Si dans une dizai
nouveau travail comme celui du Dr Bi
des effets déplorables de l'alcoolisme
font une grande consommation de liqu
une circonstance qui contribue à favori
spiritueuses, c'est l'énorme consomma
que l'on envoie dans les pays les plus é
par deux faits. Il y a quelques année
Berne donnait une fête à ses ouvriers q
la millionième botte destinée à recevoir
tre fait est l'emploi de quantités con
préparer les farines lactées. Le chimi
ces fabriques me disait, il y a déjà quelc
employé pour cent mille francs de lait d

Aussi malgré l'abondance de nos tro
mer que le lait est devenu une denrée r
que dans plusieurs localités il est rempl
l'alimentation des domestiques et mêm
administre des soupes faites avec du
vie.

N'y a-t-il pas là un danger pour l'a

ugmenter le nombre des recrues exemptées pour défaut
pour difformités ou maladies des centres nerveux?
veant consules.

Sur le massage,

D'après un travail lu à la Société vaudoise de médecine,

le 4 avril et le 4 juillet 1885,

Par le Dr C. Roux.

(Suite et fin.)

ssage passe ordinairement pour être une des dernières
es à brûler dans le traitement ingrat de la *synovite*
nte des vieillards; mais, s'il donne des résultats si peu
ts et si l'on parvient par ce moyen à enrayer à peine
e de la maladie, c'est parce qu'on l'emploie trop tard.
'y avoir recours dès le début et de couper les vivres à
ration synoviale en écrasant l'insertion capsulaire, on
genre d'affection comme une synovite chronique, on
te absorber au malade tous les médicaments antirhu-
ux et on lui prescrit enfin, comme consolation, le mas-
es mouvements passifs pour occuper ses loisirs.
sultats très relatifs et en somme très insuffisants que
nus dans des cas malheureusement trop avancés, me
ndant espérer mieux de ceux que l'on masserait au
rsqu'il est encore possible de détruire toute produc-
nologique et de rétablir la circulation normale de

ois cas suivants présentent une certaine analogie en ce
tous trois se rapportent à des personnes au-dessus de
ous trois avec fort épanchement du genou, avec proli-
ntense de la synoviale, soit à son insertion, soit vers
r de la cavité articulaire; tous présentant des rugosi-
laires; et tous compliqués d'un énorme *ganglion* (her-
iale) *communiquant* avec le creux poplité : ganglion
; les mêmes caractères que la synoviale articulaire et
efuge aux proliférations et débris (ainsi qu'au liquide)
erchait à écraser et à faire résorber par le massage.
e le premier cas pour relever l'insuccès d'un autre

, et pour décrire le contenu de l'a

R. souffre depuis longtemps et a subi di
e autres, à ce qu'il dit, il y a quelques n
uscle jumeau. Le genou est ouvert, vidé
e, tandis que le ganglion subit le même
nt. Nous trouvons (Dr D. à R. et moi), c
res, des corps libres, lenticulaires, gélatin
caractères de la dégénérescence graisseu
pièce de deux francs, d'autres encore re
s synoviales hypertrophiées et dégénérée
es épaisse. Le liquide, séreux, contenan
Drainage, guérison des plaies.
e quelques mois le malade subit une amp
ur quelle raison exactement. Il est prob
. même affection.

econd malade, M. V. offre déjà des défo
de la capsule. L'épanchement est consi
oplité se trouve en dedans des vaisseau
e partie de l'exsudat. Entre les séance
mé sur une gouttière poplitée au moye
e petite pelotte répond dans la gouttièr
arvient pas à empêcher le liquide de pén
n certain nombre de mois arrêt dans les
nélioration fonctionnelle, mais c'est tout.

M. vient me voir le 13 novembre 188
ui lui a découvert au genou quelque c
éter. » La malade croyait être gênée pa
nd les escaliers avec la plus grande diffic
tuméfié par un épanchement articulair
mous, plus ou moins granulés, qui don
n très nette et le sentiment de villosité
épaissie partout, à ses points d'insertion
deux côtés du ligament rotulien. Pas de
Je crois sentir une grosseur sous un pa
oplité Atrophie musculaire.
roliférante à pronostic douteux et je n
ou tous les deux jours en faisant assez r
lastique de l'épanchement sur l'attelle p
pour la marche. Coussinet sur la gro
lisation.
la malade se sent mieux, plus alerte ; s
nsécutif la fonction du genou est absolu

normale. Dès que je cesse quelques jours, la jambe redevient lourde et paresseuse ; et je trouve de nouveau un léger épanchement, tandis que celui-ci, pendant le massage régulier, a disparu complètement à plusieurs reprises. Je découvre à ce moment la cause de cette intermittence : la grosseur palpée dans la région poplitée est une hernie synoviale très difficile à sentir (à cause des varices) quoique du volume d'un œuf. Le liquide épanché dans l'articulation peut s'y réfugier complètement et je puis à volonté le ramener en avant.

Voyant que je ne peux et n'ose, à cause des varices, attaquer par le massage ce ganglion, je propose à la malade de le faire inciser ou extirper.

L'opération acceptée ne peut avoir lieu, pour des raisons indépendantes de la volonté de la malade qui a passé en d'autres mains.

Je la revois quelques mois plus tard, après une cure de bains, le genou enveloppé dans un emplâtre et présentant tous les caractères d'une tumeur blanche avec une poussée phlegmoneuse aiguë, la cuisse et la jambe absolument atrophiées ; le genou enflé au maximum, rouge bleuâtre, fléchi à 90° environ, immobile, douloureux à la moindre pression et au plus petit mouvement passif ; fusées liquides le long de la jambe, en arrière. Fièvre.

L'amputation, réservée au cas où l'arthrotomie ne suffit plus, est pratiquée avec l'assistance du Dr Verrey et de Mme Roux. Je trouve dans l'articulation une sérosité à peine trouble, remplissant le ganglion poplité et de là divers canaux et cavités dans la profondeur du mollet La synoviale forme à peine sur les bords du cartilage un pannus gélatineux tremblant, simple prolifération œdématiée de cette membrane, sans aucune trace de tubercules ou de métamorphose régressive des éléments; les extrémités osseuses sont absolument normales.

L'amputation est cependant indiquée à cause de l'âge et de l'état général de la malade, à cause de l'infiltration périarticulaire et de l'impossibilité de curer tous les récessus de l'articulation.

Cette observation mérite d'être rapportée, malgré le piteux résultat final, car l'inspection de l'articulation permet de constater la disparition complète des débris synoviaux autrefois assez considérables, pour qu'on pût les sentir, les chasser et les suivre dans les diverses parties de l'espace capsulaire. La résorption est complète, puisqu'il ne reste aucune trace de dégénérescence graisseuse ou autre.

On doit se demander en outre, si la compression élastique des épanchements articulaires du genou ne peut pas jouer un certain rôle dans la production des hernies synoviales du creux poplité, puisque cette dernière région est généralement protégée par une gouttière bien ouatée pour éviter la compression des vaisseaux sanguins. Il est évident que dans le cas de Mme M.

ure de communication et en to
nt été agrandis par ce refoulemer
; donnée la difficulté de détruire c
ganglion communiquant, il se
ıcer par là, tandis que l'épanche
, afin de n'être pas obligé de fai
ɔviale, lorsqu'on aurait réussi à
itution, ou tout au moins sa for
cas de Mme M., après 7 semaines
t à cette sorte de synovite prol
hez des jeunes gens et qui porte le
ı *villeuse*, Kœnig en fait un int
uberculeux et la synovite tuber
j'en traite un seul cas par le mas
ırs, de vous communiquer le résu

sites. — J'ai traité par la métl
s atteints de cette affection d
attribuée quelquefois à un rhun
), mais qui répond mieux à l'*inf*
sous-deltoïdienne de Jarjavay,
de sa genèse et de certains détai
.cité consécutive à la contusion d
ignifiante en elle-même est rema
deux fois (chez le même individ
.t sentir que sur l'élément doule
our quelques heures après chaqu
ıents et il me semble avoir notab
ement en général.
propos on verra que la région de
asser. Il y a quelquefois avanta
molles, à fixer une main sur l'épa
ıfoncé dans le deltoïde, et à faire
ɔoude) tourner la tête de l'humé
t alternativement butter contre
volonté les parties charnues, etc.
synovites. — Dans l'inflammatio
s nous retrouvons un excellent
promptement l'al douloureux d
)e même que pour certaines di
ute interruption de travail dan

s faucheurs, coupeurs de bois, dragons
), chez un garçon boucher (tendons des
éraux,) etc.
it à ce qu'on cherchât à détruire par un
grains riziformes dans un cas chronique,
préférerait pas l'incision de beaucoup plus
)ans les deux cas : frictions énergiques le
uvements actifs et passifs.
hernies synoviales rebelles à l'écrasement
ar céder, si on fait suivre celui-ci du mas-
ıps assez variable du reste. Les plus petits
s plus difficiles à déloger. J'ai massé long-
placé sous le tendon du premier radial
on au deuxième métacarpien ; du volume
ênait les mouvements violents de la main
le malade de remuer des ballots. Depuis
ant le résultat semble définitif et l'homme
argeur.
)ins violente, suivant l'épaisseur de la paroi
alangette du pouce fléchie à angle droit,
craser le ganglion, mais aussi pour le mas-

t les *soudures des tendons* consécutives à
ıtres affections chirurgicales donnent au
s inespérés. Il est naturel qu'on ait recours
brisement forcé, pour commencer la cure.
kemple. Un individu qui a eu un phlegmon
n et de l'avant-bras, face dorsale et pal-
ement après 18 mois, alors que la main et
ment fixés dans la même position que sur
n an et demi auparavant. Après quinze
peut écrire une lettre.
beaucoup de mouvements passifs, que l'on
réaction est trop vive, repos. Interruption
s. On combine le massage avec les bains

forcé d'une ankylose trop ferme pour être
age seul, on voit enfler l'articulation et on
se. On peut, avec Norström, commencer
ain. Si on a soin de faire chaque jour des
lant une demi-heure, avec quelques mouve-

ments passifs et actifs, on ne risque pas de voir reproduire immédiatement, comme je l'ai vu avan le massage de cette façon.

Lorsqu'il s'agit d'*atrophie musculaire* sans *relâchements articulaires* provenant de faiblesse et en général pour fortifier les muscles, j'emplo ment et les frictions ; et j'ai l'impression que ce sage concourt à la guérison aussi bien que l'élect gymnastique systématique, que j'utilise en même trairement à l'électricité, le massage est toujours et je l'ai vu donner *seul* d'excellents résultats.

Pour la *myosite aiguë,* le *rhumatisme muscula* taines formes de *lombago,* de *crampes*, etc., l'en sage est d'un effet souvent merveilleux, tandis qu assez d'énergie, détruire après des années des no *site chronique*, comme Niehans en a remarqué d reux dans le trapèze. Réservant à une autre occa sion de l'importance de ces foyers de myosite ch la genèse de la migraine et le traitement de celle- sage[1], je veux relever toutefois le cas d'une da depuis 5 ans de douleur intense dans l'épaule et g ques semaines par le pétrissage et le massage d'un au bord antérieur du muscle trapèze. Pour le sais je faisais pencher la tête du même côté et releve appuyant le bras.

Le rhumatisme musculaire ne demande en ge seule séance.

Je veux vous rappeler un cas de *lombago* gu seule *représentation*, car c'est bien là le mot pou manœuvre si échevelée.

Observation XI. — M. B., maître charpentier, se p 1884, de ne pouvoir bouger le tronc depuis trois ou quat s'être *décroché* quelque chose. Il ne sait pourtant pas à qu attribuer son mal. Il accuse une douleur excessive à la carré des lombes à droite, la masse sacro-lombaire dro 3me vertèbres lombaires. L'oblique externe est moins sen musculature sur les vraies côtes. Le malade ne peut faire u il souffre par la fixation du tronc dans cet effort.

Avec beaucoup de peine il réussit à se tourner à plat

[1] Nordström, Traitement de la migraine par le massage, 1885.

i dans le lit, l'autre pied sur le plancher, je me mets à
es du malade et commence à lui frictionner les lombes
rgiquement, pour passer au pétrissage. au tapotement
tout en faisant agir tout le poids du corps.
minutes je suis littéralement rendu, mais mon malade
rcher, à son grand étonnement faire des flexions du
rcices plus difficiles ; et sa femme est fort surprise en
lancer les pieds à la hauteur de son secrétaire. Il n'y
ne deuxième séance.

lusieurs cas du même genre, où les malades
à 15 minutes de massage, faire avec facilité
nents qui leur étaient auparavant douloureux

it de dames ou de personnes plus frêles on
côté du lit la position du menuisier maniant
ue la patiente sera couchée au bord du lit sur
le flanc ; ou bien le malade, assis ou debout,
nt le corps en avant, en s'appuyant sur le lit
uble fixe.
d sous l'acception du lombago toute espèce de
dans la région lombaire, offrant avec le vrai
analogie, on rencontre des cas où un seul
plus pour la guérison complète.
rive en particulier pour les distorsions lombai-
git de la rupture de quelques fibres muscu-
échirure partielle dans les nombreux ligaments
rennent attache sur les vertèbres.
us les cas fouiller profondément la masse mus-
la colonne et pétrir énergiquement l'insertion
nune au bassin, si l'on veut avoir à coup sûr un
ifficulté d'un diagnostic précis rend moins pro-
e séance de massage est plus sûre que l'appli-
es sèches, etc., etc.
rai de vous faire part dans quelque temps des
ants auxquels conduit le massage dans les né-
rticulier dans le traitement de la migraine,
à propos des myosites chroniques.
ralgie ou *névrose articulaire,* elle a très sou-
une lésion palpable de l'articulation et Bill-
ement trop loin lorsqu'il attribue bon nombre

nage. *Wien. med. Wochenschrift,* 1875.

;er, dont il parle du r[illegible]
uence morale du voyage à Amsterdam, à
it sur une hystérique la personne même du

s plus tard sur l'histoire de plusieurs cas
ontrent l'importance capitale du massage
ose articulaire et, avant tout, pour en dé-
lans une lésion exactement localisée.
er quelques articulations en ayant soin de le
ent, et en comparant toujours avec le côté
ormal, pour découvrir des anomalies ou des
es, dont l'existence peut fort bien échapper
rendre compte cependant de la névrose ar-
it qu'une hystérique soit bien rouée pour
masseur consciencieux qui cherche à prouver
elation de cause à effet entre un foyer patho-
tômes accusés.
de voir partout l'hystérie ou l'hypochondrie,
isonnable de chercher par un examen plus
s, à se rendre compte de la cause des suc-
levrait imiter et qu'on serait tenté de croire
les visionnaires.
confrères, vous apporter bientôt quelque
lle à la vulgarisation du massage dans notre
cette première communication en disant :
ses élèves ; nous nous en trouverons bien et
encore.

Nouvel Uréomètre,

eorges Fruticer, chimiste à l'Université.

lu procédé Yvon sur les autres modes de
est plus une chose à démontrer. Cet appa-
dans les hôpitaux, et c'est à lui qu'on a
fois qu'il s'agit de recherches exactes. En
ui, faisant dégager l'azote de l'urée dans le
, évite ainsi toute cause d'erreur, et permet
ns nécessaires pour ramener le gaz à 0° et à
.

roche à lui adresser, c'est de nécessiter
mercure qui représente un poids et un
les.
propose, tout en présentant les conditions
dé Yvon, évite l'emploi de la cuve à mer-
ons sont plus rapides, et l'on évite tout
ec l'hypobromite de soude qui la désorga-

scription de l'appareil.

mpose d'une burette semblable à celle

nt à la partie inférieure deux tubulures
ux différents.
ure *h* communique, par un tube de caout-
uvette *d*, tubulée et pleine de mercure.
rieure *n* communique avec un tube de

née en bas par un bouchon de caoutchouc

mpose d'un tube long de 40 centimètres qui porte vers
met en verre. Ce tube est gradué en centimètres cubes

percé d'un trou, qui donne passage à un tube de verre l'extrémité supérieure *k* arrive au niveau de la tubul tube de caoutchouc serré par une pince *m* ferme la sa partie inférieure. Des pinces *g* et *h* ferment égal tubes *t* et *e*.

La pince *h* reste toujours ouverte pendant l'opéra ne sert que dans le cas où l'on voudrait démonter l'a rendre indépendante l'éprouvette *d*. Pour tenir ce ouverte, on la fait passer sur la tubulure *h*.

Mode opératoire.

On commence par introduire de l'eau dans le tub ouvrant la pince *g* on en laisse écouler une partie burette ; on ferme *g* et l'on ouvre la pince *m*, l'eau i dans la burette s'écoule, mais on *a soin de laisser plein d'eau et l'on fait attention qu'il n'y reste pas d'air*. L'appareil est alors prêt à fonctionner aussi qu'on le voudra, sans nouvelle préparation, car il se toujours de lui-même dans ces conditions.

On saisit de la main droite l'éprouvette *d* et on l' qu'au niveau de la partie supérieure de l'appareil ; le qu'elle contenait s'écoule dans la burette et la remp qu'une partie de la coupe *a* ; on ferme le robinet · replace l'éprouvette *d* sur la table, position qu'elle pendant tout le reste de l'expérience.

Si à la surface du mercure, dans la coupe *a*, il y d'eau on l'enlève avec des fragments de papier brouill précaution est surtout nécessaire quand l'appareil a tionné, car dans ce cas, cette eau est chargée d'hyp qui décomposerait l'urée avant son introduction burette).

On mesure à l'aide d'une pipette, 1^{cc} d'urine que l dans la coupe *a*, on ouvre légèrement le robinet *r* et pénétrer cette urine dans la burette, en évitant les d'air, on lave la coupe *a* avec un peu d'eau et en o rbinet *r* on ajoute cette eau de lavage à l'urine. maintenant l'hypobromite de soude dans la coupe et pénétrer ce réactif dans la chambre barométrique. La commence, le gaz se dégage et refoule le mercure dan vette *d*. Lorsque la réaction est terminée, il faut se dé

du mercure pour cela on verse de l'eau dans la coupe supérieure et l'on ouvre *r*; le mercure est graduellement remplacé par de l'eau, on continue ainsi jusqu'à ce que le mercure soit arrivé au niveau de *h*.

Maintenant il faut éliminer l'eau chargée d'hypobromite de soude que contient la burette ; pour cela on remplit la coupe *a* avec de l'eau, on ouvre très légèrement *r* puis la pince *m*; l'hypobromite s'écoule dans un verre placé au-dessous. Lorsque le liquide contenu dans la burette est devenu incolore, on ferme *r* et *m*.

On ouvre alors la pince *g* et l'on équilibre les niveaux en *c* et *b* en ajoutant de l'eau en *c,* s'il en manque, ou en laissant écouler un peu de ce liquide par le tube *kl,* s'il y en a trop. On fait la lecture sur la burette et l'analyse est terminée en quelques minutes.

Pour remettre l'appareil en état de fonctionner, après avoir ouvert le robinet *r* et la pince *m,* on fait écouler le liquide contenu dans la burette, en laissant *kl* plein d'eau, comme je l'ai dit; puis en élevant l'éprouvette *d*, on remplit la burette de mercure et l'on suit la même série de manipulations que je viens de décrire.

RECUEIL DE FAITS

Hydramnios; accouchement à terme d'un fœtus anencéphale,

Par les docteurs E. Gœtz et S. Warynski.

I. Hydramnios,

Par le Dr Gœtz.

Mme S., âgée de trente ans, d'une bonne constitution, a été réglée à l'âge de treize ans et demi et s'est toujours bien portée jusqu'à l'époque de son mariage. — A 27 ans elle devient enceinte et le début de sa grossesse est fort pénible; elle se plaint d'un malaise général, de vomissements, de douleurs dans le bas-ventre. — L'accouchement a lieu le 2 mai 1883 et doit être terminé après 30 heures de travail par une application de forceps; enfant vivant, à terme, bien conformé, actuellement bien portant; pas d'accidents pour la délivrance; suites de couches normales; allaitement au sein pendant deux mois, qu'on est obligé de suspendre par suite d'un abcès.

Deuxième accouchement le 26 août 1884 ; l
bonne pendant les premiers mois, mais, à part
les douleurs pelviennes ressenties lors de la pr
reparaissent et rendent souvent la marche impo
ment facile. Le travail ne dure que 12 heures et
fœtus à terme et bien conformé se fait natu
normales, Mme S. peut nourrir son enfant pend
voit ses règles revenir trois fois : les dernièr
février 1885 ; à partir de ce moment elles cesse
et Mme S. redevient enceinte pour la troisième

Vers la fin du cinquième mois d'une grosse
que-là, Mme S. reçoit d'un de ses enfants un
l'abdomen déjà volumineux (juillet 1885); el
partir de ce moment le ventre aurait grossi tr

Je vois pour la première fois la malade vers
tembre; elle vient me consulter pour des do
qu'elle ressent à la partie inférieure de la poit
pêchent de respirer. Rien à l'auscultation, l'u
pas d'albumine. Je conclus à une névralgie i
suis frappé par le volume excessif du ventre q
à une grossesse gémellaire, bien qu'un examer
mette pas de rien affirmer. A partir du co
novembre, le ventre a pris de telles proportion
peut plus quitter la chambre; elle a une peine
mouvoir et surtout à monter dans son lit. I
général est bon, les fonctions régulières ; les d
tales ont diminué sous l'influence d'un traiten

Le 22 novembre 1885 à 3 heures après-mid
mence ; les douleurs peu fortes et éloignées,
nuit, et pendant toute la journée du 23; à 4 h
midi je suis appelé auprès de Mme S. ; je consta
tension du ventre qui ressemble à celui d'une
d'un kyste ovarique ou d'une ascite consid
est lisse, tendue, brillante, sillonnée de no
tures, il semble qu'elle va éclater; le nombr
lant. La circonférence de l'abdomen au niveau
de 1m,50. Matité absolue partout ; perception d
généralisée qui rend tout essai de palpation
le toucher. je constate que le col est très haut,
entr'ouvert ; il ne m'est pas possible de s
fœtale ; je n'entends pas les battements du cœ
que la mère accuse des mouvements actifs très

A 6 heures du soir la dilatation commence ;
tinuent toute la nuit, un peu plus violentes et
les demi-heures; elles épuisent la parturiente
revois le lendemain à 7 heures du matin, elle s
état de découragement et d'excitation nerveu
La dilatation a avancé pendant la nuit : elle
pièce de cinq francs, presque complète en arri
lèvre antérieure du col est encore assez épaisse,

distendre ; on sent la poche des eaux faire saillie à travers l'orifice du col ; en la déprimant dans l'intervalle des douleurs, je crois sentir une tumeur mollasse et arrondie qui me paraît être une fesse. Au bout d'une heure, voyant que les douleurs deviennent de plus en plus rares et moins fortes, je me décide à intervenir, assisté par mon ami le Dr Chenevière qui a bien voulu voir la malade avec moi et m'aider de ses précieux conseils.

Je commence par percer la poche des eaux ; j'ai beaucoup de peine à déchirer avec l'ongle la membrane amniotique très résistante. Aussitôt la poche ouverte, un flot de liquide s'écoule par le vagin dans un vase plat sur lequel on a fait placer la malade. J'ai soin de maintenir ma main appliquée sur le col, afin d'empêcher l'écoulement trop rapide du liquide qui pourrait entraîner le prolapsus du cordon ou d'un membre. Trois bassins sont vite remplis et vidés ; quand la matrice est un peu moins distendue, je sens se présenter à l'orifice utérin une partie fœtale que je reconnais aussitôt être la face. Je sens très distinctement la bouche, le nez et les yeux du fœtus. Je retire alors ma main, l'écoulement du liquide continue et sa quantité totale mesurée après coup, peut être évaluée au bas mot, à vingt-cinq litres (neuf bassins de deux litres et demi chacun sans compter tout ce qui s'est écoulé dans le lit).

Après la rupture de la poche des eaux, la malade éprouve un soulagement très marqué ; le ventre se rétracte, on peut sentir par la palpation très nettement le fœtus et s'assurer qu'il n'y en a qu'un. — Je ne puis entendre les bruits du cœur, le dos du fœtus étant placé en arrière et à droite, mais je suis sûr qu'il vit, la mère le sentant très nettement bouger, et ses mouvements étant facilement appréciables par la vue et par la palpation, à travers la paroi abdominale.

Après avoir attendu une demi-heure environ, je pratique de nouveau le toucher et constate que le fœtus se présente par la face en position mento-iliaque gauche postérieure ; on sent très nettement la bouche, les yeux, le nez dont les narines sont dirigées en arrière à gauche, et une oreille. Quant au front on ne peut en sentir qu'une partie, le reste étant recouvert par la lèvre antérieure du col, non encore entièrement dilatée.

Les douleurs quoique un peu plus fortes et plus rapprochées qu'avant la rupture de la poche des eaux ne sont pas suffisantes pour amener l'expulsion spontanée du fœtus ; il s'est produit cependant sous leur influence un certain degré de rotation de la face ; le menton du fœtus s'est relevé et tend à se rapprocher du pubis.

La malade étant du reste dans un état de dépression et d'épuisement très marqué, et réclamant à grands cris sa délivrance, nous convenons le Dr Chenevière et moi de terminer l'accouchement au plus vite.

La malade est chloroformée et, quand la révolution est complète, j'applique le forceps Tarnier. La première branche introduite sans difficulté ne peut être enfoncée complètement, et je

suis étonné de sentir encore la fenêtre de la cu
l'excavation, bien que l'application ait lieu au dé
rieur. La seconde branche est un peu plus difficile à
une fois l'articulation faite, je n'ai pas la sensation
soit embrassée complètement dans la concavité de l'i
la conformation vicieuse du fœtus nous a donné
l'explication de ce phénomène. Des tractions modé
fait descendre un peu la tête et ramené le menton e
continue à tirer doucement et je l'amène sans aucu
dans l'excavation. Au bout de quelques instants on
raître à la vulve la face congestionnée du fœtus,
d'un bourrelet mou, rouge violacé et faisant corps
Je désarticule le forceps et termine le dégagement d
des épaules avec les mains. Nous voyons alors le fœ
phale dont la description anatomique est donnée p
qui n'a pas eu un seul mouvement d'inspiration.

La malade qui n'a rien senti revient à elle peu
après avoir été replacée dans son lit.

La délivrance a offert quelque difficulté : malg
douleurs, quelques tractions modérées sur le cordon
sion sur le fond de la matrice, le placenta ne vient p
ragie assez considérable sans être inquiétante. Au b
quarts d'heure d'attente, la malade est de nouveau
par le Dr Chenevière et replacée en travers du
l'anesthésie est complète, j'introduis la main dans l
je sens qu'une partie seulement du délivre est déc
partie supérieure de la cavité utérine je sens un pe
que je franchis doucement ; le reste du placenta es
au fond de la matrice ; je le décolle avec les doigts e
à le retirer complètement.

J'introduis la main une seconde fois pour m'assur
n'est resté et je sens partout la muqueuse lisse et
étranger. Une hémorragie assez abondante acco
délivrance artificielle ; une injection hypodermique
(solution Niehans) est pratiquée immédiatement
dans la matrice deux ou trois litres d'une solution
chaude au $^1/_{2000}$. Après quoi la malade revient à elle
ne pas souffrir.

Les deux premiers jours qui ont suivi cet accouche
rieux ont été bons ; la température n'a pas dépassé
d'hémorragie ; le ventre est resté souple et indolent
n'ont pas d'odeur ; rétention d'urine qui nécessite
risme.

Le 26, au soir, la malade se plaint d'un violent pe
côté droit ; elle a eu dans l'après-midi un léger fr
pense s'être refroidie le matin, alors qu'on a ouver
un instant pour aérer la chambre ; température 38
cette fièvre, encore modérée, coïncide avec un léger
des seins, et que la malade s'est plainte les dernie
sa grossesse de névralgie intercostale, j'espère que c

mes coïncident avec la montée du lait et n'y ajoute pas grande importance.

Le 27, après une nuit agitée, sans sommeil, le point persiste. Je fais asseoir avec peine la malade et constate à la base du poumon droit un souffle tubaire très net, accompagné de râles crépitants et d'une matité qui s'étend aux deux tiers inférieurs de la poitrine, température, 39°2. Quelques crachats rouillés, pas de toux; dyspnée.

Je ne donnerai pas le détail jour par jour de cette fâcheuse complication; la pneumonie, énergiquement traitée par le carbonate d'ammoniaque, l'alcool, le quinquina, les ventouses sèches, entre en résolution le 6 décembre. La température qui s'était élevée jusqu'à 40° redevient normale; fort heureusement pendant tout ce temps le ventre n'a présenté aucun accident et les suites de la couche ont été parfaitement normales.

La convalescence a été entravée par une autre complication qui a rendu très difficile les soins à donner à la malade. Une douleur des plus vives, ne s'accompagnant ni de rougeur, ni de chaleur, ni de gonflement, s'est fait sentir au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite. Elle a duré 15 jours, rendant tout mouvement impossible et obligeant Mme S. à rester sur le dos, dans l'immobilité la plus absolue.

Le 18 décembre, l'amélioration était assez considérable pour que je puisse espérer une guérison prochaine, la fièvre était tombée, la malade commençait à s'alimenter, quand tout à coup, sans cause apparente, la température remonte à 39°5, et je constate un épanchement occupant la moitié de la plèvre droite. Application d'un vésicatoire, puis de teinture d'iode; diurétiques, lait, purgatif. Au commencement de janvier le liquide a presque entièrement disparu, mais la fièvre persiste le soir, l'appétit est nul, la malade maigrit, pâlit; son état général est déplorable; je crains que la pleurésie soit devenue purulente, ou qu'une tuberculose pulmonaire soit en train d'évoluer. Je dois dire que dans cette circonstance l'antipyrine, à la dose de 2 grammes par jour, m'a rendu de grands services.

Au milieu de janvier, les symptômes alarmants ont disparu; la fièvre n'existe plus; l'appétit revient, l'auscultation donne un résultat favorable. La convalescence s'établit et la malade commence à se lever. J'ai revu plusieurs fois depuis Mme S.; la guérison peut être regardée comme complète.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la quantité énorme de liquide contenu dans l'utérus; à l'état normal, le poids du liquide amniotique est de 500 à 1000 grammes; on dit qu'il y a hydramnios quand il y en a plus de un kilogramme et demi (Cazeaux).

Dans notre cas, vingt-cinq litres de liquide ont été mesurés, et ce chiffre est bien au-dessous de la réalité, car il s'en est perdu beaucoup.

Il n'est pas étonnant que dans ces conditions la m
travail soit considérablement ralentie; la couche mus
l'utérus est réduite à une mince lamelle dont les mai
rées les unes des autres ne peuvent donner lieu à an
traction efficace; aussi, dès que le volume de l'œuf e
diminué, voit-on les douleurs devenir plus fortes.

L'hydropisie de l'amnios a toujours une influence
sur le développement du fœtus; les enfants nés dans
blables conditions sont toujours chétifs ou meurent en
l'hydrocéphalie, l'ascite, les vices de conformation: spi
bec de lièvre, pieds bots, s'observent souvent dan
d'hydramnios. Je n'ai pas trouvé signalée l'anencéph

Notre observation ne nous apprend rien sur l'étiol
maladie; la syphilis qui est une des causes les plus f
n'existe pas dans les antécédents de notre malade ni
mari. On ne peut admettre que le coup reçu par M
mois de juillet, ait pu influer sur l'augmentation du li
les observations mentionnent presque toutes le fait q
partir du cinquième mois qu'elle a lieu.

Elle est même quelquefois si rapide, qu'il en résult
mère des troubles respiratoires inquiétants, bien que
de la matrice ne soit pas supérieur à celui qu'il acq
fin de la grossesse; mais dans ce dernier cas l'accrois
eu lieu graduellement, et la femme a eu le temps de
tuer.

Reste enfin la question du traitement; les diurét
purgatifs, les sudorifiques, la saignée, la diète sèc
aucune influence sur la marche de l'hydramnios
attendre le commencement du travail pour interveni
cuer *partiellement le liquide* avant l'accouchement?

Dans l'immense majorité des cas, il est préférable d
pre les membranes que quand les douleurs arrivent et p
d'espérer que l'expulsion du fœtus suivra de près. Il
difficile de suivre le conseil de Guillemot, cité par Ca
introduit dans l'utérus une sonde, au-dessus du c
qu'aucun travail ait commencé, perfore les membrane
à une certaine quantité de liquide de s'échapper, pui
grossesse se continuer. — On ne dit pas comment il
pour arrêter l'écoulement quand on le juge suffisant;
en effet, que la membrane amniotique ouverte, sou
qu'on ne le voudrait, ne laissera pas échapper la total
contenu, ce qui aurait pour résultat de compromett
ment la vie du fœtus.

Dans le cas où il y aurait une indication à diminuer
du ventre avant le terme (dyspnée excessive, menaces
cation, syncopes), une ponction capillaire, pratiquée
pirateur Potain, au lieu d'élection entre l'ombilic
iliaque antérieure, me semblerait d'une exécution plu
aurait l'avantage de permettre d'arrêter à volonté l'é
du liquide.

OTE SUR UN ANENCÉPHALE HUMAIN NÉ A TERME,

Par le Dr Warynski.

ovembre 1885, il a été remis au laboratoire d'embryo-
enfant monstrueux, dont l'étude nous a été confiée par
. Fol.
ous proposons de donner quelques détails sur la con-
de ce monstre singulier; mais il nous sera impossible,
ıte restreinte que nous pouvons donner à cette note,
dans les détails descriptifs de certaines parties du
difié, dont l'étude présenterait beaucoup d'intérêt,
en étant bref, nous tâcherons d'être en même temps

ıt monstrueux qui nous a été remis parfaitement frais,
ıt mesuré; après quoi nous l'avons embaumé par le
e Laskowski, afin de pouvoir faire son étude, qui par
exigeait un certain temps. Une dissection complète,
avec l'autopsie des organes intérieurs a servi à l'achè-
e cette étude.
ıstre est du sexe féminin, bien conformé, et en appa-
ıs gros qu'un autre enfant du même âge. La défor-
rte exclusivement sur la tête et la nuque et appartient
e l'anencéphale. Le poids est de 2295 grammes, c'est-
férieur d'environ 1000 grammes à celui d'un enfant
à terme.
ısuration révèle une diminution considérable de tous
tres de la tête. En revanche, la largeur du corps est
ıde chez l'anencéphale. La longueur de celui-ci est
mais cela provient de l'atrophie complète du crâne.
tableau des chiffres obtenus par la mensuration et
avec ceux d'un embryon normal du même âge.

Dimensions de la tête.

	ANENCÉPHALE	ENFANT NORMAL à terme
ence.....	18,0 cm.....	34,5 cm.
sversal antérieur.....	5,8 cm.....	8,0
sversal postérieur.....	5,6 cm.....	9,0
post.....	5,5 cm.....	11,5
blique	7,8 cm.....	13,5
blique	5,5 cm.....	9,5
Longueur du corps.		
au talon.....	39,0 cm.....	50,0
aux fesses.....	24,5 cm.....	35,0
Largeur du corps.		
tubérosités de l'humérus.	13,9 cm.....	11,0
trochanters du fémur....	10,2 cm.....	9,0

t extérieur. Comme nous venons de le dire, la défor
porte exclusivement sur la tête. Celle-ci est petite
pour ainsi dire, du dos, à cause du raccourcissemen
du cou. Elle est renversée en arrière, et fait avec l
ı angle très obtus, ouvert en arrière.
ce, fortement élargie dans le sens transversal par l
ɜ et la disposition du front, présente un aspect étrang
x. La bouche, petite, entr'ouverte, laisse apercevoir l
qui sort en partie; les deux joues sont fortement sail
e nez est élargi; les yeux demi-ouverts, très proéminents
ourés par des paupières gonflées et rougeâtres; le fron
ɜ, fuyant en arrière, est limité par une couronne d
noirâtres, longs de 3 centimètres.
rrière, la déformation est plus prononcée : La voût
ıe, faisant défaut, est remplacée par une vésicule molle
te, de la grosseur d'une petite pomme, d'une coloratio
n. Elle est légèrement étranglée à la base, et dévi
droit. Les follicules pileux, même rudimentaires, fon
ement défaut, mais réapparaissent de nouveau, sou
'une couronne, à la limite extrême de cette région. Su
ɜ, on remarque une région triangulaire, dont le somme
ʒé en bas, et recouverte par la peau, qui est modifié
structure; elle est plus mince et d'une coloration plu
La région elle-même est modifiée en ce sens qu'elle es
p plus large que normalement, et qu'elle se continu
lement avec la partie modifiée de la tête.
ıte du corps ne présente rien de particulier, ni dans s
ation, ni dans ses rapports mutuels, seulement l'en
paraît être plus gros, par comparaison à l'embryo
le dos, surtout au niveau de l'épaule, est très élargi
contraste singulièrement avec la petitesse de la tête

Autopsie et dissection.

ɛau. Cet organe, le plus modifié, n'était représenté qu
vésicule à parois limitées par la dure-mère, et dont l
, demi-liquide, rouge brunâtre, ne permettait de recon
ıacroscopiquement aucune conformation. Le microscop
la présence des globules du sang, des fibres, et de
modifiées, mais sans aucun caractère particulier. L
ɥui remplaçait ainsi le cerveau, était parcourue dan
ɛes directions par des fibres, seuls restes du cerveau
qui lui donnaient un aspect spongieux.
ʟe. Des modifications, identiques à celles que nou
ıentionnées pour le cerveau, se rencontrent dans l
upérieure de la moelle. La moelle allongée est com
nt modifiée, ainsi que la partie supérieure de la moell
, jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale. Nous verron
ı, qu'à la partie qui correspond à la moelle modifiée, i
e une déformation particulière de la colonne vertébrale

A partir de la quatrième vertèbre dorsale, la moelle épinière reprend peu à peu ses caractères normaux.

Nerfs. Tous les nerfs, aussi bien crâniens que rachidiens, présentent une disposition et un développement normaux dans leur parcours périphérique. Ils se perdent insensiblement dans les parties des centres modifiés. Pour les nerfs optiques, nous n'avons pas pu découvrir la portion intracrânienne; le chiasma paraissait faire défaut.

Organes respiratoires. Bien conformés, présentant une disposition normale. Poumons pâles, vides d'air.

Organes circulatoires. Le cœur, volumineux, nous a paru plus gros qu'il ne l'est normalement; sa conformation était normale du reste ainsi que la disposition des vaisseaux. La carotide interne, de même que l'artère vertébrale pouvaient être poursuivies jusqu'à la formation de l'hexagone de Willis, mais plus loin, elle échappaient à l'investigation.

Organes digestifs. Ils présentent en général une disposition normale. L'estomac seul montre une particularité, en ce qu'il est bilobé. En l'insufflant, nous avons pu constater, au niveau de l'étranglement qui siège vers le milieu de cet organe, une accumulation de fibres circulaires, en forme de sphincter, dont la disposition se voyait par transparence. Les intestins étaient remplis de méconium.

Organes uro-génitaux. Complètement normaux.

Squelette. C'est ici que les modifications sont les plus frappantes. La voûte crânienne fait complètement défaut, on dirait presque qu'on a retranché à coups de scie toute cette partie du squelette, tant les rebords sont nets et symétriques des deux côtés. Les deux os pariétaux, les écailles des temporaux, et celles de l'os occipital, ont complètement disparu. Le tronc occipital n'existant qu'en très petite partie, la séparation entre les cavités crânienne et rachidienne n'est pas tranchée, comme normalement. Les deux frontaux sont surtout développés d'avant en arrière. Les arcades sourcilières forment leur limite supérieure, tandis que toute la partie située au-dessus fait défaut. A la base du crâne tout est normal et bien conformé.

Les os de la face, très développés, contrastent avec la petitesse du crâne. On remarque un rétrécissement latéral et une proéminence plus grande de cette région, en avant.

La colonne vertébrale est singulièrement modifiée dans sa partie supérieure. Elle est fendue sur sa partie postérieure et médiane. Les lames des vertèbres, ainsi séparées, s'écartent latéralement, et contribuent à l'élargissement de cette région dans le sens sagittal. En avant, et à l'endroit correspondant, les corps des vertèbres présentent aussi une anomalie dans leur forme et leur ossification, en ce qu'ils ont des points d'ossification supplémentaires. La position des vertèbres cervicales est déviée de la normale et plusieurs d'entre elles sont réunies ensemble.

Le reste du squelette, qui est bien conformé, présente quelques anomalies, d'une importance secondaire. C'est ainsi que nous retrouvons plusieurs côtes réunies ensemble sur les deux côtés du thorax. Le sacrum présente un défaut d'ossification, portant surtout sur les vertèbres inférieures.

Muscles. Les muscles de notre anencéphale présentent un développement très avancé, bien plus que cela n'a lieu normalement. Il n'y a pas d'autre anomalie que celle de la position, particulièrement dans la région cervicale, à cause de la disposition particulière de la colonne vertébrale. Le muscle temporal existe, malgré le changement de forme et d'étendue de la fosse temporale, mais il est rudimentaire.

En résumé, nous avons affaire à un anencéphale type, comme on en a déjà observé maintes fois. Nous voulons seulement fait remarquer la coïncidence des modifications habituelles de la tête avec celles de la partie supérieure de la colonne vertébrale. Est-ce une simple coïncidence, ou bien la cause qui détermine l'anencéphalie est-elle de nature à modifier constamment la partie voisine de la colonne vertébrale, dans le sens que nous venons d'indiquer?

Nous espérons répondre prochainement à cette question.

Observations cliniques,

Par Jaques-L. Reverdin.

Examen histologique,

Par Albert Mayor.

N° 2. — Exostose du fémur (exostosis bursata). Extirpation.

R. Marius, 18 ans, étudiant.

Ce jeune homme se présente à moi adressé par le Dr Baylon pour une exostose du fémur gauche. C'est un garçon brun, de 1m,72, bien musclé : il n'a jamais eu de maladie grave, pas de rhumatisme, pas de scrofule, pas de fièvre typhoïde; il croit avoir eu une rougeole très simple; quelques migraines qui ont cessé. — Il a surtout grandi de 14 à 17 ans, depuis un an il reste à peu près stationnaire; il a fait un jet assez rapide vers 16 ans, mais sans en souffrir aucunement. — Ses parents sont en bonne santé, et rien de semblable à ce que présente ce jeune homme n'a été observé chez eux.

Il y a quatre ans au mois de juillet, en s'amusant, il reçut de son frère plus jeune un violent coup de pied à la partie externe de la cuisse gauche; la douleur fut si vive qu'il dut rester une

journée au lit, mais après cela elle cessa. Cependant la partie frappée resta toujours grosse depuis lors ; c'est deux ans après le coup environ qu'on commença à sentir à ce niveau une saillie dure qui grossissait peu à peu ; du reste elle ne le gênait pas ; il pouvait marcher courir et sauter comme un autre ; aucune trace de boiterie.

Il y a six semaines en rentrant chez lui, sans avoir rien fait d'extraordinaire, il s'aperçut que sa cuisse lui faisait mal et qu'elle était gonflée ; la douleur était vive et l'empêchait de plier la jambe, la tuméfaction notablement plus accusée qu'aujourd'hui ; ces phénomènes persistant, sans amener du reste de fièvre, M. le Dr Baylon fit faire des onctions de pommade iodée ; la tuméfaction diminuant il put alors sentir la tumeur dure qu'il reconnut pour une exostose.

Voici maintenant au bout de six semaines, pendant lesquelles du reste le jeune homme a continué ses occupations, ce que je constate (6 nov. 1879).

La cuisse gauche présente à sa partie externe et au-dessus du genou une tuméfaction formant un relief régulier de contour ovale, et mesurant 10 centimètres en longueur et 9 en largeur ; la palpation donne la sensation d'une bourse séreuse à moitié remplie, il y a une fluctuation évidente dans tous les sens ; si l'on fait fléchir et étendre la jambe pendant que la main est appliquée sur la tumeur, on perçoit à un certain moment un gros craquement, comme si quelque chose se décrochait brusquement.

Au-dessous de la bourse muqueuse accidentelle qui s'est développée là, on sent facilement une tumeur dure qui paraît s'implanter par un pédicule plus étroit quoique assez étendu cependant sur la face externe, et un peu sur la face antérieure de l'os. Cette tumeur uniformément dure, non douloureuse à la pression, complètement fixe, présente une forme irrégulière ; une sorte de corne un peu recourbée s'avance de dehors en dedans du côté de la région antérieure ; sa racine forme une dépression à laquelle succède en dehors une autre saillie moins proéminente, plus arrondie, dirigée en dehors et en arrière ; enfin une troisième bosselure plus aplatie se sent au-dessus de la dépression médiane, sur la face externe de l'os.

Les différentes mensurations faites donnent : de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'exostose 38^{cm} ; de l'épine iliaque antéro-supérieure au bord inférieur du condyle externe 48^{cm} ; l'exostose est donc placée sur la diaphyse à 10 cent. de la surface articulaire.

Le malade affirme que jamais son genou ne s'est gonflé ; et aujourd'hui que la bourse muqueuse est encore à demi remplie de liquide, l'articulation ne paraît pas en renfermer la moindre quantité ; on ne peut y faire refluer celui que contient la bourse accidentelle, qui est donc tout à fait indépendante de la synoviale articulaire.

A l'œil il semble que la cuisse malade est un peu amaigrie et

de fait nous trouvons une différence de 3 centimètres entre la circonférence des deux cuisses prise au-dessus de l'exostose; la cuisse saine, à 23^{cm} de l'épine iliaque antéro-supérieure, mesure 50^{cm} de circonférence, et la cuisse malade 47^{cm}.

Aucune différence au niveau des mollets (34^{cm}).

Les deux membres mesures avec les précautions d'attitude nécessaires sont parfaitement égaux en longueur. La santé générale n'est nullement affectée, les différents organes paraissent sains; on trouve seulement au cœur une impulsion un peu forte et un souffle doux au premier temps à la base au bord gauche du sternum, pas de palpitations. Appétit excellent.

Le jeune homme se mettra au repos le mardi 11 et nous l'opérerons jeudi matin 13.

Mardi 11. Repos au lit, la tuméfaction diminue.

12. La tuméfaction a encore diminué, cependant on trouve encore un peu de fluctuation.

13 novembre 1879. Opération à 9 h. du matin avec l'aide de MM. Baylon, Jentzer et A. Reverdin.

Le membre lavé au savon, puis à l'acide phénique, est rasé, la peau est insensibilisée au moyen du pulvérisateur à éther; la bande d'Esmarch a été appliquée, le membre tenu élevé quelques minutes, puis le tube d'Esmarch est lié autour de la cuisse à environ 3 travers de doigt au-dessus de la fin de la bande; celle-ci n'avait pu être roulée assez haut pour s'éloigner suffisamment de la région à opérer; cette distance entre le tube et la bande donna lieu à une hémorragie veineuse très gênante.

Incision de la peau à la région externe de la cuisse de vingt centimètres de longueur; on arrive sur l'aponévrose et on l'incise; une foule de veines tortueuses donnent soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit sous l'aponévrose, nous sommes obligés de les lier; puis on incise le muscle vaste externe liant toujours les veines; une seule artériole réclame une ligature; toutes ces ligatures sont faites au catgut.

A la partie inférieure de la plaie, un peu agrandie de ce côté, on aperçoit une membrane blanche paraissant assez épaisse: j'y fais une boutonnière et il s'écoule un liquide séropurulent, renfermant quelques grumeaux blanchâtres analogues aux corps riziformes des bourses tendineuses. — J'agrandis la boutonnière et incise la bourse muqueuse dans toute son étendue; sa surface interne est blanche, mais inégale; elle présente des saillies irrégulières, comme papillaires, une bride épaisse la traverse de dehors en dedans; elle présente dans tous les sens des diverticules; aucun n'est en rapport avec l'articulation; la membrane est épaisse de 4^{mm} environ. — Au fond de la cavité se trouve l'exostose bicorne portée sur un pédicule mince et allongé, tapissée de toute part par une membrane lisse.—J'applique le ciseau à la base du pédicule, quelques coups de marteau sectionnent ce pédicule; mais l'exostose n'est pas libre; elle est retenue par son périoste; celui-ci est incisé circulairement autour du pédicule, puis détaché avec la rugine jusqu'à

le celui-ci ; l'exostose est alors libre et est enlevée. Cternod a bien voulu dessiner cette exostose de forme e; les figures que je dois à son obligeance et à son ispensent d'en donner une description.

ı été déposée au musée d'anatomie pathologique de e médecine.

le paraît sur sa section constitué par une enveloppe ɔrcée de nombreux canaux vasculaires, et un centre ngieux. Les deux cornes sont revêtues d'un périoste à détacher, les têtes sont recouvertes d'une couche tilagineux, se coupant au couteau, d'un blanc nacré 'erte elle-même d'une membrane rouge, la membourse muqueuse. — L'exostose enlevée, on enlève smarch et l'hémorragie veineuse s'arrête aussitôt ; re ne donne ; les parois de la bourse sont raclées à es végétations enlevées avec les ciseaux, ainsi que ıgments des brides qui cloisonnent la loge.
ıéniqué à 5 %.
ı drains sont placés debout, taillés en bec de flûte à té; l'un plonge jusque sur la section de l'os; l'autre 'aine la partie moyenne de la bourse muqueuse. — n est assujetti par un point de catgut; neuf autres ture sont faits, dont quatre comprennent l'aponétres sont simplement cutanés.
t de Lister.
°,2.
2-37°3. Agitation, urines un peu noires (acide phésement, peu de gonflement, suintement sanguin

3°,3.

Les jours suivant l'état général est parfait, la température est normale, les nuits sont bonnes, l'appétit est excellent. Le pansement est changé le 16, jour où j'enlève les deux drains le 18, le 21, à part un peu d'érythème tout va bien; le 2 comme la cicatrice tend à s'élargir, je fais un simple pansement au sparadrap et à l'ouate, le 25 le malade se lève dans un fauteuil, le 16 décembre la guérison est complète.

La cuisse est passablement atrophiée de sorte que pendant quelque temps j'électrise ses muscles. Depuis lors R. s'est toujours bien porté, sa cuisse a repris son volume et il ne s'est jamais ressenti de son opération; j'ai eu l'occasion de le revoir encore en janvier 1886 en parfait état. J.-L. R.

N° 3. — Exostose du fémur (exostosis bursata). Extirpation

V... Emile, 23 ans, du département de l'Yonne. Cordonnier

V... vient nous consulter au mois de janvier 1886 pour une grosseur dure qui s'est développée, depuis deux ans environ, à la partie inférieure et interne de la cuisse droite, et qui le gêne pour son travail. C'est un garçon de corpulence et de taille moyennes qui, sans être particulièrement vigoureux, n'a pourtant jamais été malade; il n'a pas été rachitique dans son enfance et n'en porte aucune trace; il n'a jamais eu d'engorgements ganglionnaires, jamais non plus d'affections vénériennes particulièrement de chancres. Il ne connaît aucun cas analogue au sien dans sa famille; son père est mort il y a longtemps, il ne sait pas de quelle maladie; il a sa mère, une sœur et un frère tous en bonne santé; il n'a perdu qu'un frère de la variole.

Il y a à peu près deux ans qu'il s'est heurté le genou droit contre une table, il a fait des applications d'eau-de-vie camphrée et n'a pas été arrêté; quelque temps après, dans l'été de 1884, il a découvert à la partie interne de la cuisse droite au-dessus du genou une grosseur dure, pour laquelle il a consulté un rhabilleur; il y avait à ce moment une tuméfaction assez marquée, qui au bout de quelque temps a disparu d'elle-même; attribuant non sans raison cette tuméfaction à son travail, il a pris garde depuis d'éviter les chocs sur sa tumeur. Celle-ci du reste ne l'entravait en aucune façon dans les mouvements du genou et dans la marche, mais souvent à la fin de la semaine il éprouvait un peu de douleur qu'il traitait par des applications d'alcool camphré et que le repos du dimanche suffisait à faire disparaître; dans ces derniers temps et surtout depuis huit jours la douleur a été plus vive, et il a quelque peine à se relever quand il s'est accroupi.

Depuis deux ans déjà il s'est aperçu qu'un corps assez gros glisse sur la tumeur dure, suivant les mouvements qu'il imprime à sa cuisse; ce corps lui paraît avoir notablement grossi

x mois il a commencé à ressentir assez fréquem-
nuit des douleurs assez vives pour l'éveiller, et
ur il souffre notablement plus qu'autrefois, il se
ılter.
e V... a commencé le métier de cordonnier à l'âge
e ce métier expose à des pressions et à des chocs
r la région de la face interne de la cuisse droite,
gré cela il ne s'était aperçu de rien jusqu'il y a

à l'examen l'existence à la face interne du genou,
e environ au-dessus du bord supérieur de la rotule,
ırrondie bien visible, le malade étant debout. En
ısse à ce niveau on trouve une tumeur dure, de
sseuse, du volume d'un doigt à peu près, implan-
tie inférieure du fémur, et se dirigeant directe-
; elle a la forme d'une corne à sommet supérieur
ce que le pédicule, mais arrondi. Le point d'im-
rrespond à cinq centimètres au-dessus du bord
ondyle; la longueur de la production est de quatre
nviron; elle ne présente aucune mobilité; il s'agit
l'une exostose.
n permet encore de reconnaître que l'exostose est
s une bourse séreuse épaisse qui glisse avec frot-
urface; si l'on fait faire au malade des mouve-
ion et d'extension du genou on éprouve la sensa-
ps assez volumineux, gros comme une noix à peu
e sur l'exostose, se fixe sur elle, puis l'abandonne
et avec craquement dans un autre mouvement
tre; on ne peut plus alors le sentir nulle part. En
tentivement il semble que cette grosseur fait corps
s de la bourse, mais comme les muscles sont assez
est difficile d'affirmer qu'il ne s'agisse pas d'un
nous restons dans le doute à ce sujet; sa dispari-
; après certains mouvements, après l'extension
ent, nous faisaient pencher pour un corps libre ce
as vérifié. La bourse séreuse ne paraît pas ren-
ıide au moins en notable quantité, ses parois frot-
· l'autre en crépitant sous le doigt.
ments du genou ont leur étendue normale; le
ɔrésente aucune trace d'atrophie. Il n'y a aucun
ımation de la bourse, ni chaleur ni rougeur.
au malade l'ablation de son exostose; son métier
ı chocs répétés sur la région qu'elle occupe; il est
.e sous l'influence de ces irritations réitérées, elle
ıs de développement, et que les parois de la bourse
ent, se modifient et sécrètent du liquide.
ı est pratiquée le 2 février 1886 à notre clinique
Ethérisation. Esmarch (pas de spray). Incision
ı centimètres sur l'exostose, le vaste interne très
. coupé, et j'arrive sur une membrane blanche, la

paroi de la bourse séreuse; je l'ouvre d'un coup de ciseaux et aperçois l'exostose logée dans une cavité assez vaste tapissée par une membrane lisse; celle-ci se réfléchit sur la tumeur et paraît la revêtir complètement; la cavité ne renferme pas de liquide en quantité appréciable, elle ne s'étend guère à plus de deux centimètres au-dessous du pédicule et est tout à fait indépendante de la synoviale articulaire; en haut elle est plus spacieuse et dépasse de quatre à cinq centimètres le point d'implantation de l'exostose. Cet examen fait, j'incise circulairement la membrane séreuse et le périoste sous-jacent assez épais à la base de l'exostose, et détache celle-ci d'un coup de ciseau; comme le pédicule fait encore une légère saillie, d'un second coup de ciseau j'enlève encore un demi-centimètre de façon à bien abraser ce pédicule. Lavage phéniqué à 5 %; ligatures au catgut; suture au catgut à trois plans : un point perdu périostique, deux points perdus musculaires et aponévrotiques, suture continue de la peau; un drain de caoutchouc. Pansement antiseptique à la gaze iodoformée, coussins absorbants, ouate et bande, sans imperméable; le membre est fixé sur une attelle.

Suites normales; la température ne dépasse pas 38°,2; les douleurs assez vives la première nuit, s'atténuent rapidement et cessent quelques jours après.

Le pansement est changé le 5; il n'y a presque pas de gonflement de la plaie; aucun épanchement dans le genou, j'enlève le drain.

Le malade étant assez bien pour rentrer chez lui, je renouvelle le pansement le lendemain 6; je vais le voir le 11, la plaie s'est cicatrisée par première intention; il n'y a plus qu'une petite croûte au niveau du drain; il commence à marcher.

Le 22 il vient à pied chez moi d'assez loin et va reprendre son travail; son état est excellent; il y a encore une légère tuméfaction profonde au niveau de la base de l'exostose; il reprend son travail.

L'exostose a la forme d'une corne; elle présente une surface

bosselée, surtout à son extrémité antérieure plus mince; à ce niveau sa coloration est d'un blanc grisâtre, elle paraît demi-transparente, elle est revêtue par une membrane lisse qui paraît l'envelopper tout entière en s'amincissant sur sa partie libre; sous cette membrane est une seconde membrane périostique assez épaisse; la section du pédicule présente un canal

médullaire assez large rempli de moelle jaunâtre ; le pédicule a un peu plus d'un centimètre de diamètre ; l'axe courbe de la tumeur a trois centimètres et demi de longueur.

J'ajoute que la bourse séreuse ne contenait pas trace de corps étrangers, que son épaisseur n'était pas très considérable, et que la sensation qui nous avait fait croire à la présence d'un corps libre ne peut s'expliquer que par le glissement à la surface de l'exostose du muscle vaste interne. J.-L. R.

La structure de ces deux exostoses est si parfaitement comparable, sauf pour quelques points de détail, que l'on peut, avec avantage, les décrire simultanément.

Elles sont composées toutes deux d'une base, où l'os est recouvert immédiatement par le tissu fibreux, et d'une autre région où se dépose, à sa surface, une couche de cartilage ; nous aurons à étudier également la paroi de la bourse séreuse qui enveloppe la saillie osseuse.

I. — La portion basale, exclusivement osseuse, de ces exostoses, est de très variable importance. Très considérable chez la première, elle offre une faible étendue chez la seconde. Dans cette région, qui semble un os recouvert de son périoste, on voit le tissu fibreux appliqué immédiatement sur des travées osseuses parfaites, à lamelles constituantes admirablement marquées, à ostéoplastes adultes et bien conformés, à moelle adipeuse. Parfois, dans la couche profonde de cette sorte de périoste, se voient des cavités contenant un vaisseau à simple paroi, entouré de cellules jeunes peu abondantes.

II. — Plus loin, sous le périoste, apparaît la croute cartilagineuse. Celle-ci semble, de son implantation osseuse, faire saillie par-dessus la couche profonde du périoste, tandis que, sur le rebord ainsi formé, passe une épaisse couche de tissu fibreux, faisant suite aux couches superficielles du périoste, et qui se continue sur toute la surface du cartilage ; au moins l'ai-je retrouvée avec sa même importance sur toutes les coupes, quelque ait été le point de la tumeur sur lequel elles aient porté. Elle est constituée de faisceaux parallèles, serrés, vivement colores en rose par le carmin, semés dans leurs interstices de quelques rares cellules plates. De la face profonde de ce périchondre s'enfoncent souvent, dans la couche cartilagineuse, des trousseaux fibreux, dont quelques-uns vont jusqu'à l'os. Entre ces trousseaux s'étend le cartilage, avec sa substance intercellulaire hyaline, parfois colorée en travées rose pâle, avec ses capsules, aplaties à la surface, arrondies dans la profondeur, et enfin volumineuses et sériées dans le voisinage de l'os. Puis, vient la couche calcifiée, les espaces vides occupés par les ostéoblastes et les vaisseaux de nouvelle formation ; enfin l'os parfait avec sa moelle, muqueuse d'abord, fibroïde et adipeuse ensuite.

Telles sont les dispositions, toutes classiques, de ces diverses

couches, au niveau de la croûte cartilagineuse, dispositions qui ne sont autres que celles d'un os en voie d'accroissement. Cependant cet accroissement paraît très variable suivant les régions, si l'on s'en rapporte du moins à l'épaisseur de la couche d'os en voie de formation. Quoi qu'il en soit notons deux choses ici: 1° La présence d'une zone d'accroissement aux confins de l'os et du cartilage; 2° L'existence, à la surface de celui-ci, d'une couche fibreuse que nous avons rencontrée sur tous les points que nous avons examinés.

III. — Quant à la structure de la paroi séreuse qui semble insérée à la base de l'exostose et qui, comme nous venons de le voir, la recouvre en réalité sur toute sa surface, elle est la suivante :

Constituée de tissu conjonctif plus ou moins serré suivant les régions, elle possède, à sa face interne, une couche de fibres parallèles assez dense, sur la surface libre de laquelle viennent s'appliquer une ou plusieurs rangées de cellules plates. La surface elle-même paraît formée d'une couche endothéliale ou pseudo-endothéliale. Mais cette couche n'est point toujours appliquée immédiatement sur le tissu fibreux. Elle en est parfois séparée par des cellules à gros noyaux ovoïdes, dirigés parallèlement à la surface libre. Cette disposition rappelle certains des caractères anatomiques du péricarde. Sous la couche endothéliale se rencontrent donc, plus ou moins nombreuses, des cellules plates du tissu conjonctif, lesquelles, dans le cas actuel, sont plus souvent ovalaires que réellement aplaties.

Quant à la paroi elle-même, encore assez lâche dans la deuxième exostose, elle est formée en majeure partie, dans la première, de nappes fibreuses étendues, ou de volumineux trousseaux conjonctifs, auxquels vient se joindre de temps à autre un tissu moins dense. Dans la profondeur se voient quelques vaisseaux artériels et capillaires dont le nombre est infiniment moins grand dans la tumeur qui fait le sujet de la première observation. Pour celle-ci, à la face profonde de la bourse séreuse, se rencontre un faisceau musculaire envahi par la sclérose. Les fibres sont dissociées par le tissu conjonctif, chacune d'elles est encadrée pour ainsi dire d'un cercle fibreux, et, comme il arrive fréquemment dans les cas de ce genre, elles paraissent, en certains points, présenter individuellement une véritable hypertrophie. Dans cette région se rencontrent aussi quelques petites artères, dont les parois offrent constamment l'augmentation d'épaisseur et la structure spéciale propres aux vaisseaux qui nourrissent des tissus sclérosés. Mais ce sont là des caractères accessoires sur lesquels il est inutile d'insister.

En résumé l'excroissance osseuse qui constitue cette tumeur est recouverte d'une couche fibreuse, véritable périoste, qui se continue du reste, en conservant une grande épaisseur, sur les régions de l'exostose qui portent une couche de cartilage.

Celle-ci présente, dans sa profondeur, les caractères de la transformation en tissu osseux. Enfin la couche fibreuse qui s'applique immédiatement à la surface même de la tumeur, forme la paroi interne d'une bourse séreuse dont le feuillet externe n'offre rien dans sa constitution qui le différencie des cavités accidentelles de ce genre. Ajoutons enfin cette remarque que, dans le cas de plus ancienne date, la sclérose a envahi les couches profondes du muscle sus-jacent à la cavité et que la solidité des parois de celle-ci est beaucoup plus grande.

A. M.

Les deux observations d'exostoses dont nous venons de donner les détails appartiennent à la même espèce et à la même variété; leur siége au voisinage de l'épiphyse inférieure du fémur, la présence de cartilage dans certains points de leur surface en font des exostoses cartilagineuses; la bourse séreuse qui les enveloppe les fait rentrer dans la variété spéciale à laquelle on a donné le nom d'*exostosis bursata,* et dont le siége d'élection est précisément l'extrémité inférieure du fémur.

Chassaignac, Broca et son élève Soulier ont attiré l'attention sur les rapports qui existent entre le siége de certaines exostoses au voisinage des épiphyses, leur marche et leur constitution, et les lois qui régissent l'accroissement des os en longueur; développées aux dépens du cartilage d'accroissement, elles en subissent à peu près le sort et cessent de grandir quand la soudure de l'épiphyse correspondante est achevée; c'est pour bien établir ces caractères que Soulier les désigne par le nom d'*exostoses ostéogéniques.*

Ces exostoses se trouvent souvent implantées à une assez grande distance des épiphyses, mais on s'explique facilement ce fait en apparence contraire à la théorie; la tumeur développée primitivement dans un point du cartilage d'accroissement s'éloigne peu à peu de l'épiphyse à mesure que la diaphyse s'allonge aux dépens de ce cartilage; cette interprétation peut parfaitement être admise pour les deux cas que je viens de relater et dans lesquels ce pédicule répondait à 5 et à 10 centimètres au-dessus du bord des condyles.

Dans ces deux cas il ne me paraît pas douteux que le traumatisme a été la cause du développement de la tumeur; si le premier ne présente rien de particulièrement démonstratif, il n'en est pas de même du second; en effet dans celui-ci il s'agit d'un ouvrier cordonnier qui exerce son métier depuis l'âge de 17 ans et qui tous les jours pendant 4 ans aurait eu l'occasion de découvrir sa tumeur si elle eût existé; c'est précisément contre la face interne du genou où elle s'est développée que le cordonnier serre le talon de la chaussure; c'est sur cette région que s'exercent des pressions constantes et que retentissent des chocs répétés; et cependant ce n'est qu'à 21 ans, quelque temps

après un choc douloureux, qu'il s'aperçoit de l'existence de cette tumeur dure et saillante. Comment aurait-elle pu passer inaperçue si longtemps dans cette région ? Il n'est du reste pas difficile d'admettre qu'un traumatisme portant sur une région dont les tissus sont en voie de développement aussi actif, ait pour effet une formation exagérée; ce qui est moins aisé à comprendre ce sont les caractères de forme, variés et bizarres, qui font rentrer ces productions ostéo-cartilagineuses dans la classe des tumeurs proprement dites. Au reste il suffit de rappeler la multiplicité et la symétrie de certaines de ces exostoses ostéogéniques, pour reconnaître que le traumatisme n'est pas toujours la cause de leur développement, et montrer combien cette question est encore obscure.

Jusqu'ici l'on admettait que, à part quelques exceptions rares, la bourse séreuse qui enveloppe certaines de ces exostoses était une production accidentelle, analogue à celles que présentent les pieds bots ou quelquefois les moignons; que cette bourse était, à part les mêmes exceptions, sans continuité et sans communication avec la synoviale voisine; il s'agit presque toujours d'exostoses de l'extrémité inférieure du fémur, c'est donc de la synoviale du genou qu'il est question ici.

Dans quelques cas (Stanley, Billroth) la bourse était en communication avec la synoviale, et l'on pouvait admettre que la tumeur primitivement intraarticulaire, avait par le fait de son ascension attiré en haut son revêtement synovial en le transformant en un diverticule, comme le suppose Volkmann; dans un cas récemment observé par ce chirurgien, l'exostose se trouvait encore complètement intraarticulaire; ces faits du reste sont très exceptionnels.

J'ai pu, chez mes deux opérés, examiner soigneusement la cavité de la bourse séreuse sans trouver le moindre vestige de communication; chez le premier la bourse était remplie de liquide sans que le moindre épanchement pût être constaté dans l'articulation.

Dernièrement au congrès des chirurgiens allemands réuni en avril 1885, Felheisen a émis une nouvelle hypothèse sur la nature de la bourse séreuse; d'après cette hypothèse l'*exostosis bursata* n'aurait pas pour origine le cartilage intermédiaire, mais le cartilage articulaire; la bourse séreuse ne serait point une bourse accidentelle dans le sens admis, mais une véritable synoviale articulaire; la production entière et complète serait due à une aberration dans la formation articulaire, dans le sens de l'hypothèse de Cohnheim: dans les premiers temps du développement embryonnaire un groupe des cellules destinées à la formation de l'articulation s'en serait séparé et plus tard aurait donné lieu au développement de la tumeur complexe, exostose et bourse synoviale; cette séparation pendant la période embryonnaire expliquerait l'absence de connexion avec la synoviale articulaire.

Deux arguments principaux sont donnés par l'auteur à l'ap-

pui de son hypothèse, et sont tirés d'un cas appartenant à von Bergmann et d'un cas plus ancien de Billroth et Rindfleisch. Le premier argument est tiré de la présence de corps libres flottant dans la bourse et observés dans ces deux cas ; ces corps libres avaient la même constitution que les corps libres articulaires; or jamais on n'en aurait observé jusqu'ici dans les bourses muqueuses. Dans la discussion qui a suivi la communication de Felheisen, Volkmann a cité un cas de pseudarthrose dans lequel la synoviale de nouvelle formation renfermait des corps libres ; ce fait montre bien qu'il n'est pas nécessaire pour leur production que la membrane synoviale se rattache par son origine embryonnaire à une véritable synoviale articulaire. Remarquons en outre que dans ce fait de pseudarthrose la synoviale se trouvait en contact avec du tissu cartilagineux, comme c'est le cas pour les synoviales articulaires; rien de très étonnant dès lors à ce que des corps libres cartilagineux aient pu s'y développer comme dans une vraie articulation. Il n'en est pas de même des bourses accidentelles ordinaires, qui ne se trouvent pas généralement revêtir directement des surfaces cartilagineuses, et c'est, à ce que nous pensons M. Mayor et moi, pour cela qu'elles ne forment pas de corps libres cartilagineux. (J'ai pourtant eu l'occasion de rencontrer dans une bourse prérotulienne des corps flottants blancs et durs, dont le malade attribuait le développement à un traumatisme ; malheureusement je ne puis rien dire de la structure de ces corps qui ont été égarés et n'ont pu être examinés.) Les bourses séreuses revêtant les exostoses se trouvent au contraire au contact du cartilage, par conséquent dans des conditions où la formation de corps flottants n'a rien de très surprenant ; si les cas où ils ont été rencontrés sont des plus rares cela s'explique par la rareté assez grande aussi de l'*exostosis bursata* elle-même.

Le second argument invoqué par Felheisen est basé sur la disposition de la bourse séreuse ; d'après lui au lieu de former une membrane continue présentant un feuillet revêtant l'exostose, un autre feuillet tapissant les parties molles périphériques, elle est discontinue et s'arrête sur l'exostose au niveau du cartilage ; celui-ci fait saillie à nu dans la cavité comme une extrémité articulaire ; la bourse se comporterait donc non comme une séreuse accidentelle mais comme une véritable synoviale. Cet argument ne nous paraît pas justifié par la description du cas observé par Felheisen ; il dit en propres termes que le revêtement cartilagineux de l'exostose est lui-même, à l'exception d'une petite place au centre, tapissé par une fine membrane portant un endothélium, membrane qui partie des bords se prolonge sur lui. Cette fine membrane ne paraît autre chose qu'une partie, très amincie, il est vrai, de la bourse séreuse. Dans nos deux cas, comme nous l'avons vu, le revêtement séreux de l'exostose l'enveloppe tout entière.

Si l'hypothèse de Felheisen explique peut-être quelques cas exceptionnels, ce dont la preuve n'est pas faite, elle ne doit en

aucune façon, à notre sens, être généralisée, comme l'a fi auteur, à la catégorie entière de l'exostosis bursata.

D'ailleurs voici encore une objection dont la valeur ne être méconnue : comment concilier l'idée d'une aberr embryonnaire avec la cause traumatique si fréquemmen statée; les probabilités ne nous permettent pas de cro traumatisme assez complaisant pour venir à point nommé cer ses effets sur un petit groupe de cellules dissidentes (lieu de former une partie de l'articulation du genou, s égarées dans le voisinage prêtes à la moindre sollicita produire un exostose.

Je me garderai d'insister sur d'autres points relatifs au tement si simple et si sûr aujourd'hui; il n'y a pas bie années que ces opérations utiles étaient parmi les plus d reuses; elles ne sont plus aujourd'hui que monnaie cou

J.-L. I

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Seance du 9 janvier 1886.

Présidence de M. le Dr Bugnion, président.

M. le Dr *Henri Secretan* demande à faire partie de la Société; présenté par MM. *Mermod* et *Burnier*.

M. *le Président* annonce à la Société que M. le Bibliothécaire es risé à avertir par cartes postales les membres qui gardent chez e livres appartenant à la bibliothèque au delà du temps prescrit règlement.

Sur la proposition de M. *Morax* la Société décide de décerner Dr *Gibert* au Havre le titre de membre honoraire.

M. Hausammann présente le rapport de caisse pour l'exercice 1 solde avec un léger boni; malgre cela M. Hausammann propose menter de fr. 2 la contribution pour 1886

La proposition de M. Hausammann est adoptée et le rapport de accepté avec remerciements.

La Société procède à l'élection du comité pour 1886. Il est com MM. *Morax* président, *Mercanton* vice-président, *Burnier* sec *Hausammann* caissier et *de la Harpe* bibliothécaire.

M. Bugnion lit le rapport de fin d'année et passe la présidenc Morax.

M. Löwenthal lit une note relative à l'atrophie unilatérale de lonne de Clarke (Voir la *Revue* du 15 janvier 1886).

M. L. Secretan présente à la Société un *abcès du lobe antérieur*

du cerveau ; cet abcès n'a donné lieu à aucun symptôme jusqu'au moment de sa rupture.

M. Dufour montre à la Société *une vis et une culasse de fusil qu'il a extraites du sinus frontal et du lobe cérébral antérieur gauche* d'un jeune Valaisan. Cet homme a vécu plusieurs jours après l'accident; il est même descendu à pied de la montagne à Sierre d'où il a été transporté à Lau-
ɐe. L'œil gauche était entièrement perdu et il s'écoulait de la plaie un fétide et du liquide cérébrospinal ; il s'est formé dans la substance brale un abcès qui a fini par s'ouvrir dans le ventricule latéral. un léger opisthotonos le malade n'a pas eu de troubles de la motilité; été sans connaissance jusqu'au lendemain de l'opération ; depuis, la le et la connaissance sont revenues.

. Challand fait remarquer que la pièce de fer extraite par M. Dufour logée en avant de la troisième circonvolution et des centres d'inner-ɔn pour l'extrémité postérieure, uniquement dans la substance blan-

. Bugnion a vu deux cas analogues à Zurich.

. Roux en a vu un chez Volkmann et un chez Kocher.

. Morax rappelle un cas de kyste du cervelet qu'il a vu il y a 15 ans. upture du kyste amena une mort subite.

. Bugnion présente un *bassin ostéomalacique* dont l'asymétrie est con-rable ; il provient d'une ancienne pensionnaire de Cery.

. Challand dit que la malade en question était nourrie à la sonde nis six mois. Malgré les plus grandes précautions ce procédé finit tou-s par produire des excoriations au fond du pharynx.

. Rapin n'a jamais vu un bassin ostéomalacique présenter une asymé-aussi considérable.

Le Secrétaire, Dr H. Burnier.

Séance du 6 février 1886.

Présidence de M. Morax, président.

7 membres présents.

l. Henri *Secrétan* est reçu membre de la Société.

l. *Morax* lit une lettre de M. le Dr Gibert qui remercie la Société de oir mis au nombre de ses membres honoraires.

l. de Cérenville présente un malade atteint d'*empyème* depuis plusieurs ées et opéré à diverses reprises sans résultat. M. de Cérenville lui a en deux fois une *résection costale* suffisante pour amener la guérison. côtes de ce malade étaient considérablement épaissies et chevauchaient unes sur les autres, ce qui a rendu l'opération assez difficile. Il a fallu r une ouverture dans la paroi osseuse qui ne présentait aucun inter-e.

l. Dind parle d'un malade qui un an et demi après la ponction crachait

encore du sang et du pus et avait le soir des températures de 39,5°. Il n'a jamais voulu se prêter à une nouvelle opération ; malgré cela son état s'est amélioré spontanément d'une façon assez satisfaisante. Ce cas montre que l'opération offre des chances de guérison, même quand l'état du malade est déjà très précaire.

M. L. Secretan demande à M. de Cérenville de préciser les indications de l'opération. M, Secretan a eu trois résections costales à pratiquer dernièrement et croit que l'âge du malade et la durée de la suppuration sont des facteurs très importants.

M. de Cérenville résume les indications de la résection costale ; on voit des miracles de rétraction chez des jeunes gens, mais il est plus prudent de venir d'emblée en aide à la nature et de ne pas courir la chance de voir la suppuration se prolonger.

M. Demiéville parle d'une personne opérée à Crans par M. de Cérenville ; quoique âgée de 45 ans et appartenant à une famille notoirement tuberculeuse, la malade s'est bien guérie.

M. de Cérenville estime en effet que la tuberculose latente n'est pas une contre-indication à l'opération de la résection costale. Un de ses opérés, dans le pus duquel on a constaté des bacilles, est actuellement en convalescence à Madère.

M. de la Harpe lit la première partie d'un travail sur *l'épidémie de variole en* 1885 (paraîtra dans la *Revue*).

M. Demiéville présente un carcinome du rectum opéré par M. Roux. Il lit ensuite une note sur les *résultats définitifs de la néphrorraphie* (paraîtra dans la *Revue*).

M. Herzen communique, en son nom et au nom de M. N. Loewenthal, le résumé d'un travail qu'ils ont fait en commun. Il s'agit d'une *lésion unilatérale très haute de la moelle cervicale* chez trois chats. Deux de ces animaux ont offert un profond émoussement de la sensibilité tactile, quoique chez l'un le cordon de Burdach fût presque intact et chez l'autre presque totalement dégénéré ; un de ces deux animaux et le troisième ont offert d'abord une impossibilité passagère d'exécuter des mouvements *intentionnels* avec la patte antérieure du côté opéré, puis une préférence permanente pour la patte du côté sain, quoique le faisceau pyramidal fût complètement détruit chez l'un et à peine atteint chez l'autre — Les auteurs se demandent s'il faut admettre pour le cordon de Burdach du premier chat et pour le faisceau pyramidal du troisième une *altération invisible* de leurs fibres ou bien une *influence inhibitrice* provenant d'une autre partie des centres nerveux.

Le Secrétaire : Dr H. Burnier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 3 février 1886.

Présidence de M. le Dr D'Espine.

Le Dr *Paul Binet* pose sa candidature au titre de membre titulaire. La Société décide d'avoir le 17 février une séance extraordinaire pour procéder à la réception du Dr Binet.

M. Lombard *senior* lit un travail sur *le recrutement de l'armée suisse* (voir p. 137).

M. Haltenhoff, qui a déjà souvent fait partie des commissions de recrutement, trouve que les résultats obtenus par le Dr Bircher sont parfaitement exacts. Les résultats déjà excellents que l'on obtient sans la première division, seraient encore supérieurs sans l'immigration suisse-allemande. Il a pu également remarquer l'automne dernier que dans la seconde division, dans le canton de Neuchâtel, l'on a peu prés les mêmes résultats que dans la première. D'une manière générale, on peut dire que les résultats du recrutement les plus inférieurs au point de vue physique sont donnés par la division bernoise.

M. Dunant était arrivé dans un travail qu'il a publié, il y a une quinzaine d'années, sur les recrues genevoises, aux conclusions suivantes : La taille des recrues d'origine genevoise est plutôt élevée, les recrues provenant des autres cantons et surtout des cantons allemands présentent une taille inférieure, et, quant aux recrues d'origine étrangère, on a des résultats très variables.

M. Lombard *junior* rappelle que l'on a observé une corrélation entre l'abus du schnaps et l'inaptitude au service militaire; les contrées où l'alcoolisme est très répandu, présentent beaucoup de recrues qui ne sont pas aptes au service militaire.

M. Lombard *senior* à propos de l'influence de l'alcoolisme, signale comme une de ses causes, l'industrie du lait condensé, qui dans les endroits où elle s'exerce, a fait tellement monter le prix du lait, que la population peu aisée ne l'emploie presque plus ni pour les enfants, ni pour les adultes.

M. Dunant attire l'attention de la Société sur le fait que l'on ne doit pas considérer les résultats donnés par le recrutement comme parfaitement définitifs au point de vue de la taille, car le maximum de celle-ci est atteint plus ou moins vite suivant les races et même suivant l'origine, ainsi l'habitant des villes grandit généralement plus vite que l'habitant des campagnes.

M. D'Espine qui a fait partie l'automne dernier d'une commission de recrutement, a remarqué que l'insuffisance de taille s'accompagnait presque toujours de rachitisme.

M. Martin signale une *épidémie de fièvre typhoïde* qui a lieu dans une maison du chemin Gourgas (Plainpalais); le père, la mère et cinq enfants

: atteints par la maladie; sur ces sept cas, il y en a six qui sont
ers.

D'Espine mentionne qu'il y a actuellement une certaine recrudescence
nombre des fièvres typhoïdes.

résident lit à la Société les propositions faites par MM. Soret et
t pour adjoindre la réunion de la *Société médicale de la Suisse*
le à celle de la *Société helvétique des sciences naturelles*; celle-ci
voir lieu du 9 au 12 août inclusivement, la séance de la Suisse
le pourrait avoir lieu le mercredi 11 août; le prix de la carte de la
helvétique est de 20 frs; pour les médecins qui ne prendraient
aux fêtes du mercredi, on pourrait leur donner une carte de 5 à

Martin croit qu'il faudrait tâcher de mettre la séance de la Suisse
le plutôt le jeudi que le mercredi, car c'est en général le jour que
oisit pour les réunions de la Suisse romande, les médecins étant
e toujours plus libres ce jour-là qu'un autre.

Société décide de transmettre elle-même la proposition de MM
t Prevost aux autres sections de la Suisse romande.

Le Secrétaire : Dr E. Marignac.

BIBLIOGRAPHIE

---

din. Étude sur l'actinomycose de l'homme et des animaux. Travail
u laboratoire d'Anat. path. de Genève. *Th. de Genève*, 1886.

ravail, entrepris sur le conseil de M. le prof. Zahn, est un exposé
mplet de nos connaissances actuelles sur une affection parasitaire
tude est encore toute récente.

eandin expose d'abord l'histoire de l'actinomycose depuis la pre-
découverte de Lebert sur un malade de Louis (1848) et les tra-
es vétérinaires italiens, Rivolta (1868) et Perroncito (1875) sur
s sarcomes observés chez les bœufs, jusqu'aux dernières recherches
, Ponfick, Firket, etc., puis il étudie l'actinomycose en général, et
qu'elle est produite par le parasite végétal décrit sous le nom d'Ac-
ces. Deux chapitres sont consacrés à l'étude de la maladie : 1° chez
naux, 2° chez l'homme.

le bœuf, l'actinomycose se présente habituellement sous forme
eurs qui ont été longtemps prises pour des sarcomes ou des tumeurs
euses ; ces tumeurs siègent de préférence sur l'angle de la mâchoire
ire ; elles soulèvent la peau, la distendent, la crèvent pour se
oper rapidement au dehors comme un champignon ; exposée à de
its traumatismes, leur surface est crevassée et couverte de fongo-
ris jaunâtre ou rougeâtres par suite d'hémorragie, qui ne tardent

pas à se nécroser, exhalant un pus crémeux mélangé à des granulations d'un jaune-soufre de la grosseur d'un grain de chanvre. Ces granulations dans lesquelles se trouve le parasite sont caractéristiques de la maladie. Les tumeurs pénètrent d'autre part profondément les tissus atteints jusqu'au périoste, puis jusqu'au canal médullaire de l'os qu'elles détruisent, déchaussent les dents, rendent la mastication difficile, etc. L'animal maigrit rapidement et on est obligé de l'abattre ; rarement chez le bœuf la maladie se complique de métastases.

Chez l'homme, l'actinomycose peut débuter par des points variés; elle présente généralement une marche chronique, s'accompagnant parfois de rémissions, et l'on observe souvent des métastases ; le malade succombe au marasme ; la durée de la maladie a varié dans les cas mortels de sept à vingt mois. Le diagnostic ne peut se fonder que sur la présence des grains ou des éléments actinomycosiques, mais ce signe manque souvent au début, avant l'ulcération de la tumeur, et celle-ci diffère alors peu d'un sarcome ordinaire. Le pronostic est fatal si les parties lésées ne peuvent être entièrement enlevées par une opération chirurgicale, et encore n'est-on pas sûr d'être à l'abri des métastases. La prophylaxie ne peut être encore établie, car la contagion des animaux à l'homme n'est pas démontrée.

Un chapitre donne la liste de tous les cas connus d'actinomycose chez l'homme et le résumé de quelques-uns d'entre eux ; l'auteur entre à ce propos dans quelques détails sur l'anatomie pathologique de la maladie ; les organes le plus souvent atteints sont ceux qui sont le plus exposés à la pénétration des agents extérieurs, c'est-à-dire le tube digestif et en particulier la cavité buccale, puis les poumons. M. Jeandin ajoute quelques détails sur l'examen des crachats d'un malade atteint d'actinomycose pulmonaire, envoyés au laboratoire de M. Zahn, et sur les lésions observées chez deux bœufs dont l'un a été abattu à Genève.

Suit une description détaillée des actinomycètes, dont l'auteur discute la nature et la place dans la classification botanique ; il rapporte quelques expériences faites par lui sur la culture de ce parasite, expériences qui ne donnèrent aucun résultat, et mentionne celles plus concluantes de Johne, Israel, etc. Il termine par l'histoire d'un malade atteint d'actinomycose reçu à la clinique chirurgicale de Genève où il est traité par le prof. Julliard ; mais le cas était encore en traitement au moment de la publication du travail de M. Jeandin et l'observation est incomplète.

Une bibliographie très étendue sert d'appendice à cette intéressante étude. C. P.

—

Eug. Revillion. Statistique du service des diphtéries à l'hôpital Trousseau en 1885. *Rev. mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1886.

Les enfants atteints de diphtérie sont traités à l'hôpital Trousseau à Paris dans un pavillon spécial ; 621 cas y ont été observés en 1885 ; ils se ré-

12 cas avec 36 décès, et croups 479 cas, dont 73
, 406 opérés avec 293 décès. La trachéotomie a
uccés ; ceux-ci ont été moins fréquents en hiver
9,8 %) qu'en été (66 sur 169 opérés, soit 39 %).
dans le même hôpital avait été en 1883 de 32 %

C. P.

VARIÉTÉS

Dr Ribordy. — Lorsque la mort fait des victi-
e pensée de reconnaissance guide notre faible
elques mots la vie de ceux qui nous ont servi

y est mort le 5 mars 1886, après une longue mala-

, au pied du Grand Combin, il conserva pendant
économie et d'amour du travail, qui caractérise
de Bagnes. Il fit ses études médicales à Stras-
ubit ses examens à Sion en 1839 et se fixa comme
, pour desservir la vallée de Bagnes et celle
quatre ans, mais peu satisfait de cette clientèle
n district natal pour se fixer définitivement à
bienvenu, car le Dr Gay venait de descendre
ut à ses confrères une nombreuse et bonne clien-

e large part à cet héritage, et sut le conserver
sa vie. Il avait la mémoire heureuse, et le talent
par des à-propos tirés des classiques français.
es petites leçons de littérature, pour échapper
qu'on nous pose assez souvent dans l'anticham-
reux ceux qui connaissent l'art de tuer les guêpes
el.
urs au courant de la science médicale, car il
clients le força un jour d'étudier l'homéopathie ;
urut le manuel de Jahr d'un bout à l'autre. Une
ndais timidement des nouvelles sur les résultats de
finitésimales ! — « Bah ! c'est de la farce, ne vous
ez. » Ribordy n'était toutefois pas admirateur du
r il avait en horreur les sangsues et la lancette ;
s gouttes d'aconit pouvaient remplacer une sai-
rser du sang tenait notre confrère éloigné de la
nait volontiers à ses amis. Ce n'était pas une
s succès et des honneurs en médecine. M. Ribordy
ospice depuis 1856 jusqu'à sa mort, et a fait par-
resque sans interruption depuis 1859 à 1877.
— il dut, malgré cela, faire du service militaire.
lans ces temps, et nous nous rappelons encore
e-chefs ressemblaient assez bien à des barques.
s voulu porter que la casquette, et tous les arrêts
pu le contraindre à porter le chapeau des cara-
a plus d'une anecdote dans sa vie. Un jour on
our accoucher une forte luronne. Quand celle-ci
clara carrément qu'il n'avait pas assez de force
locteur ne perdit pas la carte ; il se souvint du

t du petit mousquetaire au roi de France : « Le courage ne se mesure des pieds à la tête, mais de la tête au cœur. » Il persuada la paysanne ; ce n'était pas la force qui faisait le bon accoucheur, mais la dexté- à manier l'instrument. Il appliqua son Levret, et tout se termina à satisfaction de la femme et du docteur.

M. Ribordy a exercé la médecine pendant 46 ans. Il y a deux ans, il un ictère assez suspect ; lui-même soupçonna une cirrhose, mais la valescence fut franche. Une année après, je remarquai un embarras s sa parole qui augmenta chaque mois ; en janvier dernier, notre con- re était complètement muet, mais l'intelligence était intacte.

La pensée de la mort doit être bien pénible quand on est médecin, et on la voit venir tous les jours ! Le Dr Ribordy accepta ce sacrifice, comme un philosophe, mais comme un chrétien qui espère une resur- tion.

Qu'il repose en paix ! C. L. B.

Congrès français de chirurgie. — La 2me Session se tiendra à Paris 18 au 24 octobre 1886 sous la présidence de M. Ollier. La séance ouverture aura lieu le lundi 18 à 2 heures dans le grand amphithéâtre l'École de Médecine.

Quatre séances seront consacrées à des *Questions mises à l'ordre du r*, trois au moins aux *Questions diverses*.

Les conclusions de tout mémoire relatif à ces dernières devront être voyées au Secrétariat général du 1er au 15 juillet, afin d'être publiées ant l'ouverture du Congrès (art. III du Règlement).

Le *Comité Permanent* a décidé que les mémoires dont les conclusions uraient pas été ainsi communiquées ne pourraient être lus qu'après les res, et si le temps le permet seulement. Tout mémoire n'ayant pas été ne sera pas publié.

Les questions mises à l'ordre du jour sont : 1° *Nature, Pathogénie et itement du Tétanos.* — 2° *De la Néphrotomie et de la Néphrectomie.* — *Des Résections orthopédiques.* — 4° *De l'Intervention opératoire dans luxations traumatiques irréductibles.*

Extrait des Statuts : III. Sont Membres du Congrès tous les docteurs médecine qui s'inscrivent en temps utile et paient cotisation. — VI. cotisation annuelle des Membres est de 20 *francs*. Elle donne droit au ume des Comptes Rendus du Congrès. Une cotisation de *trois cents nes* donne droit au titre de Fondateur. Une cotisation de *deux cents nes* confère le titre de Membre à vie. L'une et l'autre opèrent le rachat toute cotisation annuelle.

Prière de s'inscrire avant le 1er mai, si possible, et avant le 15 juillet, plus tard. Envoyer la cotisation par mandat sur la poste, à M. le Dr Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme, Paris.

Congrès de médecine interne. — La 5me session se tiendra à Wies- len du 14 au 17 avril sous la présidence de M. Leyden (Berlin). Les stions à l'ordre du jour sont :

14 avril. — *Pathologie et du traitement diabète sucré.* Rapporteurs, M. Stokvis (Amsterdam) et Hoffmann (Dorpat).

15 avril. — *Traitement chirurgical des épanchements pleuraux* ; M. O. Frænzel (Berlin) et Weber (Halle).

16 avril. — *Traitement de la syphilis,* MM. Kaposi (Vienne) et Neisser reslau).

Les communications suivantes sont aussi annoncées : M. Thomas (Fri- urg), *Des pesées du corps* ; — M. Riess (Berlin), *Du domaine de l'Anti- ère* ; — M. Brieger (Berlin), *Des ptomaïnes* ; — M. Ziegler (Tubin- n), *De l'hérédité des dispositions pathologiques acquises* ; — M. Fick

(Wurtzbourg), *Des oscillations de la pression sanguine dans le ventricule du cœur pendant la narcose morphinée*, etc.

Les médecins qui désireraient s'inscrire pour des communications doivent s'adresser à M. Émile Pfeiffer, à Wiesbaden, secrétaire du Congrès. Le prix de la carte d'entrée est de 15 marcs. Tous les médecins peuvent faire partie du Congrès.

—

Caisse de secours pour les médecins suisses. — Reçu en février 1886 :

Argovie. — Soc. méd. du canton d'Argovie, 100 fr. Dr Rychner (IIme don), 10 fr. — (110 + 1202 = 1312)

Bâle-Ville. — M. (IIme don), 100 fr Anonyme (IIme don), 20 fr. — (120 + 1750 = 1870).

Berne. — Dr Lang, 10 fr. — (10 + 2967 = 2977).

Glaris. — Drs Fritzsche (IIIme don), 20 fr. Schuler, 25 fr. — (45 + 245 = 290).

Grisons. — Drs Ludwig (IIme don), 20 fr. Fluri (IIIme don), 20 fr. — (40 + 685 = 725).

Lucerne. — Drs Koltmann (IVme don), 10 fr. Vonwyl (IIIme don), 10 fr. — (20 + 835 = 855).

Thurgovie. — Dr Albrecht (IIIme don), 25 fr. — (25 + 880 = 905).

Zurich. — Drs Nägeli (IIIme don), 10 fr. Müller (IIIme don), 10 fr. Anonyme à A. (IIme don), 10 fr. Anonyme à Zurich (IVme don), 20 fr. — (50 + 4388 = 4438.

Total : 440 + 21,910 des listes précédentes = 22,330 fr.

Bâle, 2 mars 1886. *Le Trésorier* : A. Baader.

Maladies infectieuses signalées au Bureau de Police sanitaire du canton de Vaud.

Février 1886.		Fièvre typhoïde.	Fièvre puerpérale.	Variole.	Varioloïde.	Scarlatine.	Rougeole.	Croup.	Diphthérie pharyngienne.
DISTRICT	COMMUNE	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.
Lausanne.	Lausanne	1	....	6	2	9	Nombr. cas.		
	Chesseaux	....	....	....	....	7			
	Romanel	....	....	....	....	1			
Morges.	Morges	....	....	....	....	....	....	3	
	Aclens	1							
	Villars-sur-Yens	1							
Échallens.	Poliez-Pittet	....	....	....	....	2			
	Bioley-Orjulaz	....	....	....	....	1			
	Dommartin	....	....	....	....	1			
Vevey.	Saint-Légier	....	1						
Orbe.	Valleyres-sur-Rances	....	....	....	....	....	....	....	1
Payerne.	Champtauroz	....	....	....	....	1			
Oron.	Oron	....	....	....	....	1			
La Vallée.	Sentier	....	....	....	....	1			
	Lieu	....	....	....	....	1			
Cossonay.	Penthaz	1	....	....	....	....	Nombr. cas.		
	Bettens	....	....	....	....	....			
	Cossonay	....	....	....	....	....			
Moudon.	Sottens	....	....	....	....	1			
	TOTAUX...	4	1	8	2	26	Rougeole dans 4 districts.	3	1

BULLETIN DE STATISTIQUE MORTUAIRE ET ÉPIDÉMIQUE

Rédigé par le prof. P.-L. DUNANT

DECES

ANNÉE 1886	72,135 habitants				32,222 habitants				11,904 habitants			
	FÉVRIER			Mois précédent.	FÉVRIER			Mois précédent.	FÉVRIER			Mois précédent.
	Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total	
Variole	....	....	....	1.	2.	1.	3.	....	....	....	....	....
Rougeole	....	....	....	....	3.	1.	4.	....	....	....	....	....
Scarlatine	....	....	....	....	1.	....	1.	....	....	....	....	....
Diphtérie, croup	1.	....	1.	1.	....	1.	1.	1.	....	....	....	1.
Coqueluche	....	....	....	1.	....	....	....	....	....	....	....	....
Erysipèle	....	....	....	....	....	....	....	1.	....	....	....	....
Fièvre typhoïde	....	3.	3.	3.	....	....	....	....	....	....	....	....
Dysenterie	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Infection puerpérale	....	2.	2.	....	....	....	....	....	....	1.	1.	....
Autres infections	....	....	....	....	1.	....	1.	1.	....	....	....	....
Phtisie pulmonaire	11.	7.	18.	22.	4.	1.	5.	6.	5.	1.	6.	5.
Bronchite chronique	3.	3.	6.	9.	....	....	....	1.	....	1.	1.	2.
Bronchite aiguë	6.	2.	8.	7.	....	1.	1.	2.	....	1.	1.	2.
Pneumonie	1.	4.	5.	15.	2.	3.	5.	6.	1.	1.	2.	3.
Pleurésie et suites	....	....	....	3.	....	....	....	1.	....	....	....	....
Autres affect. respir.	3.	2.	5.	1.	3.	3.	6.	4.	1.	2.	3.	1.
Affections cardiaques	9.	8.	17.	14.	4.	4.	8.	8.	2.	....	2.	1.
Autres circulatoires	....	....	....	2.	....	1.	1.	....	....	....	....	....
Diarrhée, athrepsie	7.	4.	11.	6.	2.	2.	4.	3.	1.	3.	4.	2.
Autres affect. digest.	1.	4.	5.	11.	5.	2.	7.	7.	3.	3.	6.	1.
Apoplexie	2.	3.	5.	5.	....	....	....	5.	....	....	....	2.
Autres affect. nerv.	5.	7.	12.	18.	4.	2.	6.	9.	1.	4.	5.	3.
Affect. génito-urinair.	....	3.	3.	3.	2.	....	2.	2.	1.	....	1.	3.
Autres affections générales	5.	....	5.	14.	5.	4.	9.	5.	....	....	....	1.
Autres affections locales	5.	5.	10.	6.	2.	1.	3.	....	....	1.	1.	1.
Traumatisme	....	....	....	4.	....	....	....	1.	....	....	....	1.
Mort violente	1.	1.	2.	5.	1.	....	1.	3.	....	....	....	....
Causes non classées	1.	3.	4.	7.	1.	....	1.	....	6.	1.	7.	3.
TOTAL DES DÉCÈS	61.	61.	122.	165.	42.	27.	69.	67.	21.	19.	40.	32.
Dont dans les hôpitaux	14.	16.	30.	36.	12.	10.	22.	19.	4.	5.	9.	11.

DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES ET PRÉDOMINANTES

DANS QUELQUES AUTRES VILLES SUISSES

D'après les chiffres des Bulletins hebdomadaires du Bureau fédéral de statistique.

Du 31 janvier au 27 février 1886 (4 semaines).

VILLES SUISSES de plus de 10,000 habit[ts]	Population calculée 1er juillet 1885	Total des décès.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Fièvre typhoïde et typhus.	Infection puerpérale.	Phtisie pulmonaire.	Affections respir. aigues.	Entérite des jeunes enfants.	Autres.
Zurich [sub-urbains]	.87,689	.181	.12.	..3.	..1.	..5.	.10.	....	..1.	.17.	.15.	..5.	109.
Bâle.....	.70,647	.105	....	....	..1.	....	..1.	..2.	..1.	.14.	.10.	..6.	.70.
Berne	.48,601	..98	....	....	....	..4.	..3.	..1.	....	.14.	..9.	..6.	.62.
Chaux-de-F.	.23,866	..40	. ..	....	....	..3.	..1.	....	....	..7.	..5.	..3.	.21.
Saint-Gall..	.24,097	..45	....	....	....	....	....	....	..1.	. 9.	..6.	..2.	.27.
Lucerne....	.19,707	..41	....	....	....	....	..3.	....	....	..7.	..3.	..2.	.26.
Neuchâtel..	.16,891	. 53	....	....	....	..1.	....	..2.	....	..6.	.10.	..1.	.33.
Winterthour	.15,935	..27	...	....	....	....	....	....	....	..4.	..5.	..1.	.17.
Bienne.....	.13,583	..27	....	....	....	....	....	....	....	..3.	.4.	....	.20.
Schaffhouse.	.12,628	..24	...	....	....	....	....	....	....	..3.	..2.	....	.19.
Hérisau....	.11,638	..14	....	....	....	....	....	..1.	....	....	..2.	....	.11.
Locle.....	.10,537	..17	...	....	....	....	....	....	....	..2.	..2.	..1.	.12.
Ensemble [1].	472,280	.916	.15.	..7.	..3.	.18.	.19.	..9.	..5.	120.	102.	.40.	578[2]
4 semaines précédentes		*.876*	*.13.*	....	.. .	*.27.*	*15.*	*..5.*	*..3.*	*128.*	*.97.*	*.41.*	*547.*

[1] Y compris Genève, Lausanne et Fribourg.

Pendant la même période et dans les mêmes villes il a été enregistré :

Naissances 1002 Mort-nés 41

[2] Dans ce nombre sont comptés les décès suivants par :

Vice organique du cœur	55	Accident	10
Apoplexie	38	Suicide	11
Érysipèle	2	Homicide	1

VI^me ANNÉE. — N° 4. 15 AVRIL 1886.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques petits méfaits de l'acide phénique,

Par le Dr Léon Gautier.

thérapeutique, comme dans beaucoup d'autres domaines, on a trouvé quelque chose d'excellent, on est facilement é à vouloir s'en servir partout et toujours. La mode, l'en- ient général s'en mêlent, et, après les succès dus à l'em- idicieux du nouvel agent thérapeutique, on en arrive bien l'abus, aux inconvénients du remède appliqué à tort et à s par les médecins eux-mêmes ou plus souvent par les iaciens, par les malades ou par la classe innombrable de ui croient savoir soigner eux-mêmes et les autres mieux s médecins.

ès tant d'autres remèdes internes ou externes, l'acide ue me semble être à son tour arrivé à cette phase de sa re. Actuellement, neuf fois sur dix quand le médecin chez un blessé, chez un malade atteint d'une affection e spontanée, l'entourage ou le malade lui-même lui d'un air triomphant : Oh, nous avons déjà mis de l'acide ue ! et s'il a le malheur de désapprouver cette thérapeu- il ne monte pas dans l'estime et dans la confiance du et de ses proches.

s parler des phénomènes toxiques qui peuvent résulter de oi de doses élevées d'acide phénique, des accidents gra- ni le font bannir de plus en plus de la chirurgie des s, cet antiseptique précieux à tant de titres peut avoir des énients sérieux, même dans les affections légères, dans

les petits bobos, si vous voulez, pour lesquels n pouvoir se passer de nous et recourir à leurs ou à celles du pharmacien. Les trois faits s observés l'année dernière à quelques jours de treront une fois de plus.

Observation I. — M. X. vint me consulter au pour un petit anthrax, ou plutôt pour deux furoncle la face dorsale du poignet droit. Il y avait déjà trois souffrait, et, l'avant-veille, croyant avoir été piqué avait été chez son pharmacien qui lui avait conseillé tion phéniquée dont M. X. ne put me dire le titre. l gneusement renouvelé sur son poignet des compress solution. Voyant cependant que la douleur était touj toute la région environnante devenait rouge et sensil moi.

Sur la face dorsale du poignet siégeaient deux pointes distinctes et à bases confondues; la phase d'éli lon paraissait à peine commencée; la périphérie présentait un aspect insolite; un cercle presque r grosses comme des têtes d'épingles et remplies d'un citrin, entourait le cône du furoncle. La zone extérieu ment rouge et légèrement tuméfiée était beaucoup pl qui entoure habituellement des furoncles de cette di légèrement indurée, douloureuse à la pression et sp d'une vive cuisson. Je prescrivis une légère purgation d'eau d'Hunyadi Janos), la langue étant blanchâtre datant de 48 heures, et comme traitement local des c de lin et des bains de main dans de l'eau de mauves.

M. X., qui habite la campagne, retourna chez lui que le surlendemain. Les deux pointes du furonc spontanément la veille au soir. Dès lors la douleur principale était devenue presque nulle, mais la cuisso persisté assez vive pour empêcher presque complète rougeur périphérique était encore assez vive; la p s'étaient affaissées, mais il en était apparu de nouvell cle. Je réunis par un petit coup de bistouri les deux une légère pression amena l'issue de deux bourbil continuer les bains émollients et ordonnai un pans faiblement boriquée.

Trois jours après, l'orifice du furoncle était cica restait rouge, sensible et tuméfiée tout autour, et semaine encore les mouvements du poignet furent

Il est évident que, dans ce cas, l'irritatio

solution phéniquée sur la peau déjà enflammée au voisinage du furoncle a augmenté et prolongé la douleur et la gêne fonctionnelle.

Observation II. — Quelques jours après, la mère d'un enfant que je soignais me montra incidemment un petit « mal blanc » qu'elle avait sur le doigt et sur lequel, d'après les conseils du pharmacien, elle avait mis acide phénique. Ici encore je n'ai pas su le titre de la solution oyée. Le « mal blanc » était dans ce cas un furoncle de la face dorde l'index, mais ce furoncle présentait un mauvais aspect. Son et noirâtre était entouré d'une zone grisâtre, blafarde, entourée elle- d'une surface étendue de peau d'un rouge violacé, livide. La ur était assez vive. Je fis aussitôt remplacer la solution phéniquée n cataplasme; mais sachant que la mère de Mme Z. était morte diabé-, la voyant elle-même atteinte d'une obésité assez marquée, la crainte iabète me vint aussitôt à l'esprit, et ne voulant pas alarmer la de, qui était alors enceinte de huit mois, je demandai à son mari de voyer de son urine à son insu. L'examen par les divers réactifs fut ament négatif. Deux jours après, quand Mme Z. me montra de nou- son doigt, tout était rentré dans l'ordre. Le bourbillon était complèent éliminé, le furoncle était en voie de réparation normale et toute d'aspect insolite avait disparu.

ans ce cas, la solution phéniquée, plus faible peut-être ou as longtemps appliquée, n'avait pas eu le temps d'avoir conséquences douloureuses pour la malade, mais le fait paru cependant digne d'être cité, à cause de la modificatoute particulière que l'antiseptique avait produit dans pect de la lésion.

onnaissant la prudence des deux pharmaciens qui ont déliles solutions phéniquées à mes deux malades, il me semble ent que leur concentration ne doit pas être mise en cause. agissait certainement de solutions faibles et qui n'ont été ibles qu'à cause des cas où elles ont été appliquées. C'est à sion inflammatoire antérieure du tégument, au voisinage furoncles, qu'il faut attribuer l'action spéciale de l'acide nique dans ces deux faits. Il serait, je crois, facile de trou- d'autres cas d'anthrax ou de furoncle où il a eu les mêmes nvénients, et il me semble qu'il doit être absolument pros- du traitement de cette affection.

pourrais du reste citer d'autres observations d'affections urgicales spontanées de la peau, d'ulcères variqueux, de gmons circonscrits en particulier où les malades se sont

mal trouvés du pansement phéniqué. Dans les traumatismes même, quand la plaie n'est pas simple, quand la peau est plus ou moins profondément contuse à son voisinage, ces applications phéniquées peuvent aussi être nuisibles. L'observation suivante en est un exemple :

Observation III. — Vers la même époque je fus appelé auprès de Mme N., son médecin ordinaire étant momentanément absent; cette dame me raconta que, trois jours auparavant, marchant très vite, elle s'était heurtée contre une borne. Le choc avait été violent, Mme N. était tombée et avait eu beaucoup de peine à se relever et à regagner son domicile. Elle avait aussitôt fait appeler son médecin qui lui avait dit de mettre de l'acide phénique (solution au 40e additionnée de quantité égale d'eau) sur une petite plaie contuse superficielle qui existait à la partie externe du genou droit. Tout autour de la plaie et sur la moitié inférieure de la face externe de la jambe droite, la peau était le siège d'une violente contusion. Mme N., croyant bien faire, appliqua donc sur toute la région douloureuse une large compresse phéniquée. Le lendemain, toute la peau de la région était rouge, douloureuse et couverte de vésicules miliaires. C'est alors que je fus appelé. Toute la région externe de la jambe était le siège d'une vive rougeur et de douleurs intenses. La peau assez fortement tuméfiée était criblée de petites vésicules dont le contenu était légèrement trouble. Il y avait une fièvre assez vive, l'insomnie était absolue depuis deux nuits. Je fis immédiatement remplacer ces compresses phéniquées par un cataplasme et prescrivis une potion au chloral.

Dès le lendemain, la rougeur et la tuméfaction avaient beaucoup diminué; les douleurs étaient beaucoup moins vives, la fièvre avait disparu. Bientôt je remplaçai les cataplames par une pommade à l'oxyde de zinc pour sécher quelques vésicules persistantes. Dix jours après l'accident Mme N. était sur pied.

Dans ce dernier fait, si la rougeur, au lieu de s'éteindre sur place, avait gagné le voisinage, je n'aurais pas hésité à la qualifier d'érysipèle, étant donnés aussi la fièvre et l'état général ; une solution phéniquée au 80e passe pourtant généralement pour bien innocente.

Il me semble que l'acide phénique doit être proscrit toutes les fois que la peau est enflammée ou contuse; son usage doit être réservé aux plaies simples, je dirais même volontiers aux plaies opératoires dans des tissus sains.

La plupart de mes confrères sont évidemment arrivés par la pratique à des conclusions analogues aux miennes, mais il me semble qu'il serait bon que leur voix s'unisse à la mienne pour

détourner les pharmaciens et le public de l'orgie d'acide phénique à laquelle ils semblent actuellement disposés à se livrer.

Déviation de la cloison du nez,

Par le Dr Roux.

L'étiologie des déviations du septum nasal est très discutée, mais on est obligé de reconnaître avec Ziem Bresgen [1] que la plupart des cas qui tombent comme tels sous l'observation des médecins peuvent être rapportés à un traumatisme.

Un petit nombre représentent une trouvaille des spécialistes, lorsqu'ils recherchent la cause du rétrécissement ou de l'oblitération habituelle ou accidentelle d'une narine; la grande majorité est fournie par les individus affligés de nez déformés, qui consultent par vanité ou à cause de l'oblitération d'une narine, ou encore parce qu'ils croient avoir un polype, simulé par une masse rouge vif obstruant une des ouvertures.

Il semble rationnel d'attribuer aux premiers une origine congénitale, d'autant plus qu'ils portent sur la partie postérieure du vomer, dont on connaît le peu de régularité en général; tandis que les autres se laissent expliquer par une incurvation angulaire accidentelle, que le malade sait fort bien faire remonter à telle chute sur son nez.

D'autres encore, beaucoup plus rares, bien qu'affectant la partie proéminente du nez, sont liés à certaine déformation de la voûte palatine surélevée et de l'arcade dentaire, qui en démontre l'origine non traumatique [2].

Les symptômes se déduisent très clairement du degré et du siège de la déviation, et le traitement varie en outre avec l'âge du malade. C'est dire qu'on pourra employer le procédé d'Adams, modifié par Jurasz [3], qui redresse la cloison en la comprimant entre deux plaques portées par les mors d'une pince, ou bien celui de Goodwillie (New-York), qui taille simplement à l'emporte-pièce (instrument ad hoc) la partie la plus

[1] *Berl. klin. Wochenschr.* 10 mars 1884, n° 10, et Pathol. und Therapie des Nasen, Mundrachen und Kehlkopf-Krankheiten.

[2] P. Berger, *Bull. Soc. chirurgie*, 1881, p. 390.

[3] Jurasz, *Berl. klin. Wochenschr.* 23 janvier 1882, n° 4, p. 49

telle autre méthode analogue

n d'une partie de la cloison, à l
e le redressement immédiat et
cer le résultat définitif, s'il a
us-périostée ou sous-périchond
dressement ou rétablir l'équil
moyen de tampons ou de tul
orme et de consistance.
ration que j'ai pratiquée deux
elle décrite par Petersen [1].

I. — La jeune D. de M. vient me v
ılever un polype dans la narine d
narqué que son nez a changé de fo
années; n'offrant rien de particul
ard. Mais le polype a été découvert
nt où la respiration par la narine c
e impossible.
et aplati, présente une déviation de
e la fillette relève la tête, on aperçoi
ge vif qui n'est autre que la con
accentuée de la cloison. L'extrém
e la ligne médiane et même la pos
ont du nez.
introduit facilement le petit doigt
fortement en dehors l'aile droite
ui laisse passer à peine l'air quan
éviation est très résistant; on ne
tamponnement. Du reste l'enfant
ent la laisser longtemps en ville;
rthopédique.
narcose, le 16 janvier.
ne droite, j'introduis avec peine, l'u
ules, très fines, destinées à parer à

en tiers de circonférence, sur l
ment et me permet d'en détacher au
ase supéro-postérieure, que je prol
a déviation. L'incision arrive en ba
l'incision, je traverse ensuite prud
ns intéresser la muqueuse du côté g
ame à droite.

[1] *Berl. klin. Wochenschr.*, 28 mai 1883, n°

Introduisant alors une pincette, comme pour saisir le cartilage en arrière de l'incision, je la laisse s'ouvrir d'elle-même, ce qui écarte suffisamment les muqueuses pour me permettre de réséquer en deux coups, avec des ciseaux de Cooper à branches étroites mais fortes, la partie du septum qui comprend l'angle de la déviation.

Une petite portion du cartilage de la pointe du nez, qui fait saillie dans est de plus enlevée.

e suture. Lavage à l'eau stérilisée froide. Adaptation du lambeau t. Tampon, iodoformé à droite, simple à gauche, après le redres- qui rétablit immédiatement la perméabilité de la narine droite.

on post-opératoire nulle.

quelques jours, lorsque l'accollement du lambeau s'est effectué, on ampons la nuit.

rd'hui, après dix semaines, les deux narines offrent une ouver- le; le nez n'est pas aplati et le résultat, qu'on peut regarder définitif, excellent.

VATION II. — Mlle E. D., âgée de 24 ans, au nez long et mince, eaucoup de ce que le bout de son nez s'infléchit brusquement à t attire toujours d'une façon irrésistible l'attention des personnes elle parle.

'eut s'être cassé le nez dans son enfance et prétend que la dévia- ugmenté ces dernières années; en même temps elle a remarqué 'oix devient parfois nasonnée et qu'elle a souvent beaucoup de respirer par la narine gauche.

formité repose sur une déviation peu étendue mais très anguleuse ison, juste à l'entrée dans la cavité nasale osseuse, ce qui rétrécit au diamètre d'une plume de corbeau. La cloison se rapproche de latérale gauche pour s'en éloigner brusquement et porter sensi- à droite la pointe du nez.

nes essais de dilatation simple échouent devant la sensibilité de personne, qui ne peut supporter les petites manœuvres assez es pour l'introduction du laminaria ou de la cheville de corne.

'ation, en narcose, est faite en juillet 1883, avec l'assistance du ttel.

ne la déviation soit beaucoup plus visible extérieurement que cas précédent, il suffit de la résection sous-périostée (et sous- ıdrale) d'un centimètre carré à la base de l'incurvation, pour la perméabilité complète de la narine et le redressement du bout

ation faite exactement de la même manière est suivie d'une subjective beaucoup plus intense.

lade a pendant plusieurs jours de violents maux de tête, attribués du chloroforme et peut-être à la présence du tampon destiné à r la cloison. Elle en perd complètement le sommeil et l'appétit

de jours. Au reste, pas d'accident du côté de la plaie
nt fébrile.
itif répond à notre attente, car le nez est maintenant
largement ouvertes. La voix ne change plus.

ième cas, chez un garçon de 11 ans, le jeune
. de la cloison avait également changé la direc-
ouché la narine gauche. Comme les deux autres,
it être tombé sur son nez et avoir eu auparar-
rréprochable.
traitement orthopédique : à l'aide de bâtonnets
corne, de tampons, etc., je parviens en quel-
rendre à la narine gauche son diamètre nor-
début je pouvais à peine introduire une plume

raitement qui, chez les malades jeunes, mène
t, est cependant trop long, très douloureux et
ıyeux pour le médecin. Il faut user de patience
r arriver à placer un tampon, car les petits
nent sans vanité, ne comprennent pas pourquoi
).
elle que nous l'avons décrite, est si simple et si
qu'il n'y a pas à hésiter entre les deux façons

, 30 mars 1886.

---

as d'épilepsie traités avec succès par érapie et les bromures à hautes doses,

Par le Dr P. Glatz.

– Mlle X. 26 ans (Dr Rossier de Vevey).
, crises épileptiformes, pas d'hérédité nerveuse ou hys-
ırents auraient été adonnés aux boissons alcooliques.
embre 1884, une garde attentive prend note exacte et
crises. Les attaques surviennent brusquement et sans
s, elles ont une durée de quelques secondes à quelques
ıtent par un spasme tonique suivi de quelques convul-
ndant la crise, la malade perd entièrement conscience
sse la langue, a de l'écume à la bouche, lausse parfois
. Après la crise, embarras de la parole, lourdeur de

tête, état d'hébétude et d'affaissement, les facultés intellectuelles sont troublées, la malade est insensible et indifférente à tout.

En novembre 1884, 3 crises par jour. La malade prend 4 grammes de bromure dans la journée.

En décembre une attaque par jour.

En janvier 2 crises dans la journée, prend 5 grammes de bromure.

Février, 5 ½ crises, 6 grammes de bromure.

Mars, 2 crises, 6 grammes de bromure.

Le traitement hydrothérapique (douches froides) et les bromures sont commencés le 1er avril 1885.

Avril, du 1er au 20, 3 grammes de bromure, 2 douches froides, 2 attaques par jour.

Avril, du 20 au 30, 4 grammes, 3 crises.

Mai, 5 et 7 grammes de bromure dans une infusion d'armoise (Eichhorsdt), 2 douches, 2 crises par jour.

Juin, 8 grammes de bromure, 2 douches, ½ crise par jour.

Juillet, même traitement qu'en juin, le 2 juillet ½ crise, le 11 et le 12 juillet 1 crise.

A partir du 12 juillet, les crises cessent entièrement. Les bromures et l'hydrothérapie sont continués jusqu'au 30 septembre. Les attaques ont entièrement disparu et ne se sont pas renouvelées jusqu'à aujourd'hui.

Observation II. — Jeune homme de 15 ans (prof. Charcot), aucune hérédité nerveuse appréciable; première crise épileptiforme à 7 ans, dès lors 3 à 4 attaques dans la journée, et 5 à 6 dans la nuit. Traitements nombreux, remèdes antihelmintiques, valériane, bromures, belladone, etc. Opération du phimosis, résultats nuls; puis sans raison appréciable les crises disparaissent pendant deux ans après un séjour d'hiver à Cannes. Actuellement, depuis quatre ans, de nouveau 4 à 5 attaques dans la journée, 5 à 6 dans la nuit; traitement par l'arsenic, le mercure, les iodures, le zinc, les bromures à hautes doses. État général affaissé, anémique, l'enfant, autrefois très intelligent a perdu la mémoire et voit ses facultés intellectuelles s'affaiblir progressivement.

Le prof. Charcot conseille le traitement combiné de l'hydrothérapie et des bromures [1]. Le malade vient à Champel, prend la solution bromurée d'Yvon, et deux douches froides par jour. Le traitement à Champel est commencé le 14 juillet et finit le 31 octobre. Les douches bien supportées dès le début du traitement ont un effet tonique très remarquable, et l'influence la plus heureuse sur l'état général du jeune malade. Les bromures ont été bien tolérés jusqu'à la dose de 6 à 7 cuillères à café d'élixir d'Yvon, dans les 24 heures; 8 cuillères produisirent un grand

[1] Dans une lettre qu'il nous a adressée au sujet de ce malade, le prof. Charcot se loue des résultats qu'il a obtenus dans bon nombre de cas semblables par les bromures et les douches froides réunis.

riques qui nous forcèrent à supprimer le
elques jours. Aucun effet sur le cœur.
mpel, les crises de la journée avaient dis-
ns nombreuses (2 à 3) et si faibles qu'elles
ttention dévouée de la garde malade qui

, 22 ans, jardinier. Première crise il y a
de descend au jardin pour travailler. Il
estions de ses camarades, il se plaint de
se sent près de tomber. Son patron le
rès quelques instants de sommeil, il pense
i rien ne s'était passé; point de syphilis,
lors, chaque matin, légers étourdissements
reste aucune importance.
une soirée passée entre camarades, le jeune
n; à 6 heures du matin, au moment de se
subitement d'un tournement de tête, et
l, où il reste à peu près 20 minutes sans
, et la crise passe d'elle-même. Ces crises se
nt à peu près tous les mois. Le Dr David de
continuent malgré le traitement prescrit,
lus fortes. Le Dr Lombard ordonne un ver-
es continuent, le malade tombe tous les
courte durée, sitôt après le malade peut
es sont généralement précédées de quelques
fois le malade réussit à couper la crise en
t, il est brusquement projeté à terre et perd
crampes cloniques des jambes et des mus-
ous adresse le malade auquel nous conseil-
uches froides unies aux bromures et à la

que dans les cas précédents. Après quinze
et dans une lettre qu'il nous a dernière-
dit qu'elles n'ont pas reparu.

21 ans. Hérédité neuropathique complète,
ement guérie du reste par l'hydrothérapie
centres nerveux et à la teinture de Fowler).
restes d'une paralysie infantile, un frère
thérapique pour faiblesse générale, nervo-
roisième sœur après une chute sur la tête,
sieurs heures; dès lors, perte de mémoire,
livrer à n'importe quel travail intellectuel
céphalalgies violentes intolérables. Enfin

un oncle se plaint de souffrir d'insomnies, d'agitation nerveuse, et de dyspepsie nerveuse gastro-intestinale.

Le malade qui fait le sujet de cette observation a eu lui-même la chorée à l'âge de 12 ans ; c'est un garçon d'à peu près six pieds, qui paraît fort et vigoureux, bien musclé, ayant été entraîné à l'anglaise, mais le fond de son tempérament est lymphatique, les muqueuses sont pâles; l'appétit est excellent, mais les digestions ne sont pas normales (la faute en est peut-être aux bromures que le malade prend depuis longtemps), aussi l'assimilation et la nutrition laissent-elles à désirer, malgré les tranches de rosbif qui n'ont jamais fait défaut. La chorée paraît avoir été très tenace, et aurait laissé après elle, une disposition aux crampes de la jambe droite.

A 16 ans, première attaque épileptiforme dans la nuit, dès lors, les attaques se répètent toujours plus fréquemment, et sont très violentes. Après l'attaque, on peut observer parfois des taches ecchymotiques à la peau, l'intelligence n'a pas sensiblement souffert. On remarque cependant après les crises de la perte de la mémoire, une certaine confusion et incohérence des idées, et généralement une impossibilité de se livrer à un travail intellectuel quelque peu prolongé. Actuellement le malade a jusqu'à 60 crises dans les 24 heures, les attaques durent de quelques secondes à quelques minutes, parfois il peut arrêter la crise en s'asseyant rapidement et en cambrant brusquement et avec force la jambe droite. La crise elle-même, passe généralement par les phases classiques de l'attaque d'épilepsie.

Le traitement par les bromures, suivi du reste pendant longtemps, n'a amené qu'une amélioration légère et de courte durée. Le malade a été pendant quelque temps traité à Vevey par notre confrère le Dr Rossier, puis aux bains de Morgins d'où il nous arriva au commencement d'août 1884. Nous prescrivîmes les bromures de potassium et de sodium à hautes doses, de 5 à 7 grammes dans les 24 heures, et les douches froides. Le malade suit ce traitement jusqu'au 15 décembre, époque de la fermeture de l'établissement hydrothérapique. Les crises étaient alors tombées à 3 et 5 par jour. Pendant l'hiver, soit du 15 décembre au 15 mars, avec une interruption de trois semaines à peu près, nous pratiquâmes l'électrisation des centres nerveux (tête et moelle allongée). L'électricité ne parut pas dans ce cas réussir à merveille, les crises augmentent plutôt malgré la continuation des bromures à hautes doses. Le 15 mars, reprise de l'hydrothérapie (douches froides), régime tonique, séjour constant en plein air, abstention complète de thé, café, alcool, etc., 2 à 3 cuillères de bromure de sodium dans une infusion d'armoise $^{15}/_{100}$. Chaque cuillère à soupe de la solution renferme 3 grammes de bromure. Fin avril, plus de crises dans la journée, le malade peut faire de grandes promenades en vélocipède, 2 à 3 crises légères dans la nuit.

Il quitte Champel au commencement de juin, n'ayant plus qu'une ou deux crises très faibles le matin. Son père m'écrit dernièrement que l'amélioration ne fait que s'accentuer (les douches et le bromure sont

s crises s'espacent de plus en plus, et sont réduites à une ou
ours.

né de ces quatre observations n'a nullement la pré-
xposer des cas de guérison de l'épilepsie. Bien d'au-
ments peuvent, dit-on, améliorer cette maladie, en
attaques moins fortes et moins fréquentes. Le seul
présentent nos observations est de montrer quelques
teints de crises épileptiques, très améliorés, même
ent guéris par l'emploi simultané des bromures et
he froide, quand les bromures et d'autres médica-
seuls avaient échoué. Ce n'est pas que nous regar-
nalades comme définitivement guéris, nous ne savons
ar expérience combien sont malheureusement fré-
récidives et rechutes des manifestations nerveuses,
souvent tout est à recommencer quand on croit tout
convient-il de réserver le pronostic, et d'insister
es malades reprennent chaque année au moins pen-
mois le traitement hydrothérapique, et l'usage des

conclusion de ces faits, nous croyons néanmoins pou-
l'attention de nos confrères sur les résultats incon-
nt avantageux que l'on obtient dans le traitement de
par l'emploi simultaté des bromures et de la douche

thérapie n'a jamais consisté qu'en douches froides en
courtes, $^1/_2$ à 1 minute de durée) prises le matin et
bromures sous forme de polybromures (Charcot) 4
es *pro die*, ou simplement le bromure de sodium,
se n'a pas dépassé 9 grammes par jour. Quelques
nt prescrit jusqu'à 15 grammes de bromure dans les
Ces doses nous paraissent exagérées et pour le bro-
tassium particulièrement dangereuses vu les effets
e ce médicament sur le cœur. L'hydrothérapie agit
lement par ses effets toniques et reconstituants du
rveux. La douche permet de plus au malade de sup-
lement et de tolérer pendant longtemps les hautes
romure.
l'électricité, que nous avons essayée sans grand
s deux cas, nous l'avions employée aussi logiquement
ment du moins) que possible. Pour satisfaire à la

théorie qui veut que l'épilepsie soit due à une excitation de la moelle allongée et peut-être du pont de Varole (centre des spasmes), nous avons pratiqué la galvanisation positive (anélectrotonique?) de la moelle allongée, en plaçant le pôle + à la nuque, le — au plexus solaire. Pour répondre à l'hypothèse de l'épilepsie corticale, nous avons eu recours à l'électrisation directe du cerveau, par la galvanisation de la tête, en appliquant d'après Althaus et Erb, un grand électrode à chaque tempe pendant une minute, courant faible; puis, pendant une minute, le même courant dirigé du front à la nuque; enfin le pôle positif à la tempe, le négatif à la nuque du côté opposé au pôle positif, de manière à électriser ainsi les grands hémisphères, les régions motrices du cerveau, et la moelle allongée. Erb et Althaus auraient obtenus par l'électricité quelques résultats encourageants. Nos essais quoique assez infructueux ne nous empêcheront certainement pas d'employer encore l'électricité dans des cas semblables, mais il faut reconnaître que nos malades traités par l'hydrothérapie et les bromures en ont retiré un bénéfice tel, que ces deux moyens de traitement ne doivent être négligés dans aucun cas.

Avril 1886.

RECUEIL DE FAITS

Observation de leucémie, hémorragie abdominale foudroyante, occlusion intestinale,

Par le Dr Rogivue,

Médecin de l'hôpital cantonal à Lausanne,

Lue à la Société vaudoise de médecine, le 5 décembre 1885.

Permettez-moi, Messieurs, de vous soumettre une observation clinique, un peu incomplète peut-être, mais qui me paraît intéressante, et à propos de laquelle, en outre, je serai heureux d'avoir l'avis de collègues autorisés.

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, alsacien, confiseur de son état depuis sa libération du service militaire de 5 ans, passé en partie en France, en partie en Tunisie, d'où il eut la chance de revenir, à ce qu'il dit, en parfaite santé; il avait dans tous les cas échappé à ces deux redoutables ennemis du soldat dans les colonies, les fièvres et la syphilis. Ses parents affirment aussi qu'il avait très bonne mine à son retour, et que sa maladie ne date que de l'année courante. Ce qui est certain, c'est qu'il eut recours à mes soins pour la première fois cet été. Je

dirai cependant que ce jeune homme, mon voisin depuis quelques mois, m'avait plus d'une fois frappé par sa maigreur et son teint blafard.

Je fus donc appelé auprès de lui le 25 juillet dernier pour une épistaxis sérieuse qui nécessita le tamponnement. Ce n'était pas la première, et le malade racontait que depuis quelque temps il ne pouvait faire un mouvement un peu violent, ou boire un verre de vin, sans saigner du nez pendant des heures, et que, s'il avait le malheur de se couper où que ce soit, il avait toutes les peines du monde à arrêter l'hémorragie, même quand la blessure était insignifiante. En même temps il accusait une faiblesse croissante, une oppression notable et une certaine tendance aux nausées, jointe à un manque total d'appétit.

Quand je pus l'examiner en détail, je constatai tout d'abord une teinte blafarde de tout le tégument, un léger œdème des pieds et une augmentation de volume de l'abdomen, contrastant singulièrement avec la maigreur extrême de la partie supérieure du corps. Les organes thoraciques paraissaient sains, à part un léger souffle systolique à la base du cœur, sans hypertrophie de l'organe. Passant à l'examen de l'abdomen, je reconnus, à l'inspection déjà, la présence d'une tumeur énorme dans l'hypocondre gauche; toute la région, jusqu'à la crête iliaque, et à peu près jusqu'à la ligne médiane, était comme soulevée par un corps solide (R) très résistant, indolent, immobile, à

bord inférieur net, arrondi, régulier, avec une ou deux incisures peu profondes. Le foie était agrandi, de consistance un peu augmentée; pas d'ascite. Urine en quantité normale, sans albumine ni cylindres.

Évidemment, il était question d'une tumeur splénique, et en l'absence d'antécédents paludéens et spécifiques, tout comme de maladie antérieure épuisante, suppuration prolongée ou diarrhée chronique, je me crus fondé à admettre une tumeur leucémique; cette supposition s'accordait d'ailleurs avec la marche en même temps insidieuse et assez rapide de la maladie, et son retentissement si profond sur l'organisme tout entier. Il eût fallu, pour contrôle, examiner le sang, mais, malheureusement, je renvoyai cet examen, qui me paraissait une pure affaire de curiosité, ne prévoyant guère une issue fatale imminente.

Je prescrivis un régime fortifiant, de l'arsenic et du fer, envoyai le malade à la campagne, et ne le revis plus jusqu'au commencement d'octobre. Pendant ce laps de temps il se remonta notablement; les hémorragies reparurent de temps à autre, mais plus faibles, le malade étant d'ailleurs instruit à les arrêter.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au 16 du même mois, et le malade put même vaquer en partie à ses occupations. Ce jour-là, au matin, je suis mandé en toute hâte : mon malade venait d'aller à la garde-robe, et avait tout d'un coup ressenti une violente douleur dans le flanc gauche. Cette douleur, un peu moins vive à mon arrivée, s'irradiait dans la jambe gauche maintenue en demi-flexion sur le bassin; elle s'exagérait à chaque mouvement. Le malade avait en même temps la face grippée, le pouls petit, et des envies de vomir incessantes. Néanmoins l'abdomen, à part une sensibilité plus grande que d'habitude à la palpation dans la fosse iliaque gauche, ne présentait rien de nouveau.

J'eus l'idée qu'il s'agissait peut-être d'une rupture de la rate, cet accident, dont la lecture d'articles spéciaux m'avait enseigné la possibilité, concordant bien avec les symptômes présents d'hémorragie interne ou de péritonite suraiguë.

J'ordonnai donc de la glace et fis une injection de morphine. Mais cette médication n'amena aucune sédation; au contraire, trois heures plus tard, les symptômes étaient encore plus accentués; on constatait une voussure très marquée dans le flanc, des côtes à la symphyse du pubis, avec limite droite nette sur la ligne médiane, tandis qu'à gauche et en arrière elle se perdait dans la masse lombaire. Sur toute cette région, matité absolue, résistance élastique, fluctuation distincte.

Dans ces conditions, le diagnostic d'hémorragie interne était assuré; il n'y avait pas lieu de modifier le traitement, sauf addition d'ergotine à l'injection de morphine.

Le soir, la situation avait encore empiré; la tumeur augmentait à vue d'œil, la peau était fortement tendue, et la sensibilité

énorme. D'autre part, l'état général était des plus graves; aux symptômes d'anémie aiguë s'ajoutaient ceux d'une occlusion intestinale débutante : vomissements répétés, ténesme rectal, météorisme croissant.

Cependant, grâce à la morphine, la nuit fut passable. Accompagné de mon collègue et ami, M. le Dr L. Secretan, je retrouvai le lendemain mon malade dans un état de demi-collapsus, sans selles ni vents, vomissant sans interruption des masses vertes, et respirant avec beaucoup de peine. Le météorisme avait en effet augmenté, la tumeur (T) aussi, puisqu'elle dépassait maintenant de la largeur de la main la ligne médiane, du moins près de la symphyse, car son bord droit avait plutôt une direction oblique de gauche à droite et de haut en bas. Le bord inférieur de la rate (R), plus net que la veille, s'était considérablement rapproché du rebord costal. Sur toute la tumeur, fluctuation manifeste.

Il n'y avait plus de doute possible quant à l'existence d'une vaste collection sanguine; mais, dans l'impossibilité d'intervenir utilement contre l'hémorragie, il nous parut rationnel de tenter quelque chose contre l'occlusion intestinale, qui emportait le malade grand train.

Nous essayâmes donc, à l'aide d'une sonde œsophagienne, de rétablir le cours des matières par des clystères massifs

administrés prudemment, ne trouvant pas opportun, vu le mécanisme spécial de l'occlusion, d'essayer le lavage prolongé de l'estomac, tel qu'il a été préconisé récemment en pareil cas. Mais ce fut en vain; il n'y eut pas moyen d'introduire la sonde assez haut, et, malgré un arrêt visible dans le développement de la tumeur sanguine, le malade mourut dans l'après-midi, après qu'on eut encore tenté de parer à l'asphyxie par des ponctions capillaires multiples du colon transverse.

L'autopsie *partielle* ayant été accordée, il y fut procédé le surlendemain.

Nous ne nous étions pas trompés: il s'agissait bien d'une collection sanguine comprimant l'intestin, et, en outre, d'une tumeur splénique volumineuse. Mais, tandis que nous avions admis une hémorragie intra-péritonéale, provenant de la rate, tout au plus enkystée par des adhérences préalables de celle-ci, l'hémorragie était d'origine manifestement extra-péritonéale; elle n'avait rien à faire avec la rate, et au lieu de comprimer le colon descendant par devant, elle l'avait décollé, déplacé d'arrière en avant et de gauche à droite jusqu'au delà de la ligne médiane, et aplati contre la symphyse, si bien qu'il apparaissait comme un large ruban blanc tendu, ainsi que le montre le croquis ci-dessous, sur un énorme sac noir occupant lui-même à

peu près les deux tiers de la cavité abdominale. La rate dépassait de la largeur de la main le rebord des côtes; elle mesurait 30 cm. en longueur, 17 en largeur et 12 en épaisseur, et pesait bien certainement 3 à 4 kilos. Si l'on se rappelle que les dimensions moyennes de cet organe sont 12 cm. en longueur, 8 en largeur et 5 en hauteur, et que son poids moyen, d'après Sappey, est de 200 gr., on conviendra que la tumeur était respectable. La consistance en était fort augmentée, et un examen microscopique ultérieur révéla une induration considérable des trabécules à côté de l'accroissement de la pulpe. L'enveloppe de cette rate était parfaitement intacte, les vaisseaux du hile sans la moindre solution de continuité. Le foie et les reins étaient gras, leurs vaisseaux indemnes. Rien au pancréas.

Après avoir éloigné les différents viscères, nous revînmes à notre collection sanguine, désireux d'en découvrir la source. Nous la fendîmes donc du haut en bas, et après en avoir sorti près de deux cuvettes de caillots remarquables par leur couleur vermeille, nous examinâmes successivement avec la plus grande attention tous les vaisseaux circulant sur ses parois. Mais ni l'aorte, ni ses branches latérales et terminales, ni les veines correspondantes ne nous fournirent l'explication cherchée.

Il est vrai que nous n'étions pas absolument libres dans nos mouvements, comme c'est souvent le cas pour les autopsies dans la clientèle particulière. Nous n'eûmes donc pas le loisir et les moyens de poursuivre plus loin nos investigations.

Ainsi, la genèse de cette hémorragie colossale reste obscure, et l'on en est réduit à des suppositions. Mais, d'après l'observation clinique, la fosse iliaque paraîtrait en avoir été le foyer: la tumeur, en effet, est apparue dans cette région, et a grandi, refoulant la rate en haut, décollant et repoussant l'intestin et le péritoine de gauche à droite; en outre, qu'on se rappelle la douleur initiale dans la jambe gauche, et la position demi-fléchie de celle-ci, deux faits qui indiquent bien, semble-t-il, un accident dans le domaine du muscle psoas-iliaque. Il y a plus, et nous nous demandons si nous n'avons pas eu affaire, après tout, à une déchirure de ce dernier, suivie d'hémorragie, ainsi qu'on en a observé à la suite de la fièvre typhoïde, en conséquence d'une dégénérescence particulière de la fibre musculaire, notée aussi parmi les lésions de la leucémie. En effet, parmi les caillots, nous crûmes reconnaître des débris de faisceaux musculaires, et le revêtement charnu habituel de la fosse iliaque paraissait profondément dilacéré. Or, il existe dans cette masse musculaire des vaisseaux assez volumineux pour produire par leur rupture une perte de sang mortelle.

Quoi qu'il en soit, notre hémorragie s'explique facilement par la diathèse hémophilique propre à la leucémie, et dûment constatée chez mon malade. Sans doute l'hémorragie cérébrale est plus habituelle comme accident terminal de la leucémie; je

ne trouve même, dans la littérature que j'ai à ma disposition, aucun cas pareil à celui-ci. Enfin la combinaison de l'hémorragie avec l'occlusion intestinale est tout au moins curieuse. A ce double point de vue l'observation m'a paru digne d'être rapportée.

Varicocèle. Opération de Horteloup,

Par le Dr Roux.

Dans son nouveau procédé pour l'opération du varicocèle, Horteloup résèque un lambeau cutané, ainsi qu'une partie des veines dilatées (faisceau postérieur) ; il se sert d'un clamp spécial qui lui permet de couper exactement le pli nécessaire, sans aucune perte de sang, et il transforme le reste du scrotum en un suspensoir.

Pour cela, il refoule les testicules vers le canal inguinal, en gardant le faisceau variqueux postérieur dans l'extrémité du scrotum, qui va être enlevée. Au moyen d'un clamp recourbé, dont la concavité regarde les testicules, il isole le pli scrotal, empêche le paquet veineux saisi de glisser vers la base du scrotum, et assure (par un tour de vis) l'hémostase provisoire, après avoir attiré entre les branches du clamp tout juste la partie du scrotum qu'il veut enlever. Une tige métallique parallèle à la courbure du clamp est fixée par ses extrémités à chaque branche ; elle en reste séparée dans toute sa longueur par un intervalle de 2 à 3 millim. dans lequel passent les sutures.

Deux petits tubes de plomb, recourbés comme le clamp et offrant une série de trous, sont destinés à remplacer celui-là et à garantir l'hémostase définitive. Ils sont fixés l'un à l'autre par des sutures à grains de plomb, qui représentent en même temps les sutures profondes. Une seconde ligne de sutures, superficielles, termine l'opération, lorsque le chirurgien a, en rasant le clamp, enlevé le lambeau scrotal d'un seul coup de bistouri.

J'ai eu, dans le cas suivant, l'occasion de vérifier l'excellence du procédé, soit au point de vue de sa simplicité, soit surtout quant au résultat final.

Observation : M. J., agriculteur, âgé de 19 ans, vient me consulter au printemps 1885, pour un varicocèle gauche assez considérable, qui le gêne beaucoup dans les travaux des champs. Le scrotum est allongé, pendant ; outre les dilatations veineuses autour du cordon et de l'épididyme, on sent un paquet variqueux en arrière, qui descend plus bas que le testicule et se laisse facilement séparer de la masse des autres veines. Le testicule est dans les limites normales. Comme cause

de sa maladie le jeune homme n'a rien à déclarer. Il souffre depuis plusieurs années et me demande de l'opérer.

Je lui prescris un suspensoir, l'emploi de l'eau froide, et lui donne quelques conseils hygiéniques.

Au mois de novembre, il revient me voir, bien décidé à subir une opération quelconque, le traitement palliatif n'ayant eu aucun effet. Il souffre davantage, et l'examen objectif ne laisse constater aucune amélioration. Sa mère me confie qu'il est profondément affecté de son mal et qu'il fuit la société des jeunes gens. Ceci me décide à intervenir.

L'opération est faite le 2 décembre 1885, avec l'assistance de M. le Dr P. Demiéville. Après le lavage à l'eau phéniquée, nous sommes obligés d'étirer le scrotum complètement ratatiné. Les testicules sont refoulés vers le canal inguinal, tandis que le gros paquet de veines (postérieur et inférieur), parfaitement isolé du testicule et de l'épididyme, est fixé de la main gauche dans la partie inférieure du scrotum.

N'ayant pas le clamp spécial de Horteloup, je le remplace par deux tiges (doubles) malléables, dont les extrémités sont fixées ensemble de façon à pouvoir à volonté comprimer le lambeau scrotal; je les place sur la partie moyenne du scrotum. Chacune d'elles étant double (ou repliée sur elle-même), je n'aurai qu'à écarter légèrement les deux moitiés pour avoir comme avec le clamp, un espace linéaire où passeront les sutures. Des sutures profondes de catgut (avec grains de plomb), éloignées les unes des autres de $^2/_3$ centim. environ, rapprochent les petits tubes perforés qui pressent les lambeaux l'un contre l'autre, assurant de cette façon l'hémostase définitive et empêchant les veines coupées de glisser dans l'intérieur du scrotum.

Un coup de bistouri tranche le pli scrotal à ras le clamp. A ce moment se produit un petit accident, qui ne doit pas arriver avec le clamp plus rigide de Horteloup. Au milieu de la ligne de section, la peau du scrotum parvient à se retirer quelque peu entre les branches de notre clamp improvisé, ce qui, sans avoir d'autre inconvénient, nous force à enlever les tiges métalliques, pour placer en cet endroit un dernier point de suture superficielle, également au catgut.

Pansement compressif aux éponges phéniquées 5 %[1].

Les suites immédiates de l'opération n'offrent rien de remarquable. La température reste normale et le malade ne perd pas un repas.

Le 8 décembre on change le pansement; les bords de la plaie sont accolés par première intention. Sphacèle circonscrit de l'épiderme, dû à la pression exagérée d'un tube de plomb. L'élimination et la cicatrisation épidermiques sont très rapides

[1] Nous devons ici payer un juste tribut d'éloges à ce mode de pansement du prof. Julliard. Il donne une compression idéale.

et, le seizième jour après l'opération, le malade, qui n'était plus condamné au repos depuis le neuvième jour, peut rentrer dans sa famille.

Deux mois après, le résultat est irréprochable. Le scrotum, de petite dimension, maintient les testicules appliqués au pubis. Le gauche a basculé en avant d'un quart de tour; et on sent, perpendiculairement à la cicatrice, des cordons fibreux qui représentent l'extrémité oblitérée des veines sectionnées. L'excision du lambeau scrotal ayant à dessein été faite sur la gauche, la cicatrice ne répond pas exactement au raphé médian; elle est en outre légèrement oblique.

Le malade, qui ne souffre plus du tout, a repris sa gaîté et se montre en tous points satisfait de l'opération.

Le procédé Horteloup constitue un progrès réel dans la cure du varicocèle; il combine l'effet du suspensoir (le meilleur des traitements palliatifs ou orthopédiques) avec celui de l'oblitération ou résection partielle des veines dilatées; il réduit à son minimum la perte de sang et offre toute garantie pour la guérison per primam; et, ce qui vaut encore mieux, il donne un résultat définitif excellent.

Grâce à ce procédé, la cure radicale du varicocèle rentre dans la pratique courante. « *On n'opère pas le varicocèle* » ne sera plus le résumé des tentatives faites par les chirurgiens pour soulager les individus affligés d'une infirmité qui démoralise les plus énergiques.

Cette appréciation pourrait paraître prématurée si elle s'appuyait sur un seul fait et non pas sur les résultats éloignés obtenus par Horteloup lui-même, qui a suivi ses opérés pendant plusieurs années.

On peut dire que cette méthode répond absolument aux exigences de la chirurgie responsable, et qu'elle justifie une intervention radicale dès qu'il existe une indication précise (dépression morale, douleurs, etc.).

Sarcome de la tunique vaginale chez un enfant,

Par le Dr Aug. Reverdin.

Examen histologique

Par le Dr A. Mayor.

Le 22 novembre 1884, mon ami le Dr Julliard, de Châtillon de Michaille, m'adresse un enfant de 7 ans dont voici l'histoire:

Né de parents sains, encore vivants, il présentait à sa naissance une persistance du canal vagino-péritonéal des deux côtés. Il se produisit bientôt à gauche une hernie pour laquelle

il porta durant quatre années un bandage; la hernie ne reparaissant plus, on supprima le bandage. A droite, l'enfant ne subit pas de traitement, aussi observe-t-on encore une pointe de hernie de ce côté.

Sa santé générale a toujours été bonne; mais un beau jour, son père, voulant le soulever, remarqua entre les jambes de l'enfant une tumeur dure, grosse comme un petit œuf. Pensant que la hernie s'était reproduite, il le conduisit chez M. Demaurex pour lui acheter un nouveau bandage. Notre habile fabricant reconnut bien vite qu'il s'agissait d'autre chose que d'une hernie et adressa l'enfant à un médecin de la ville, lequel prescrivit une pommade et deux mois d'expectation. La tumeur continuant à s'accroître, le Dr Julliard, de Châtillon, fut consulté. Après avoir soigneusement analysé le cas, il pratiqua une ponction exploratrice, laquelle donna issue à un liquide jaunâtre, épais comme du blanc d'œuf, un peu teinté de sang.

Comme mon avisé confrère me le disait dans sa lettre, le diagnostic était délicat, il ne s'agissait point d'un cas ordinaire. Voici en somme ce qu'on observait : une tumeur arrondie, grosse comme un œuf, occupait le canal inguinal gauche, puis se continuait par un col légèrement plus étroit, elle reprenait peu à peu du volume, jusqu'à dépasser celui d'un citron. La peau du scrotum distendue, luisante, présentait une abondante vascularisation et une rougeur dont l'intensité s'accentuait principalement vers l'extrémité libre de la tumeur; là se voyait la trace de la ponction, entourée d'une mince zone de sphacèle superficiel. De la verge, complètement effacée, on ne découvrait que le prépuce d'aspect ombiliqué. La tumeur dans son ensemble faisait une forte saillie en avant, en dehors et en haut, comme on l'observe pour les hydrocèles volumineuses.

La palpation donnait un sentiment vague de fluctuation; ce n'était point l'empâtement de l'épiplocèle, ni la rénitence ou la résistance qu'on rencontre dans les hernies ou les sarcocèles; c'était une élasticité un peu dure qu'on pouvait attribuer à la distension de la vaginale. Vers le col de la tumeur, on sentait plus distinctement la présence d'un liquide. En soupesant la tumeur, on la trouvait plus lourde qu'une hydrocèle de même volume.

Le testicule était impossible à sentir, et l'enfant trop jeune pour indiquer si la douleur qu'on provoquait en appuyant sur différents points était la douleur testiculaire.

Je trouvai la transparence à peu près égale partout, nulle part absolue, nulle part faisant défaut; elle était un peu plus accentuée dans la partie supérieure, là où nous sentions également une fluctuation plus nette qu'ailleurs. Ce n'était pas, en somme, la belle transparence qu'on rencontre généralement dans les hydrocèles d'enfants.

Le Dr Julliard nous avait prévenu que le liquide retiré par lui n'était ni très fluide, ni très limpide; et encore n'avait-il

pas changé de nature depuis la ponction? Un certain d
sensibilité et de chaleur de la région pouvait le faire cr
la température axillaire n'était cependant que de 37
pouls normal, enfin, l'état général ne paraissait pas en
avec une suppuration de quelque importance.

En face de ces symptômes, il fallait bien songer
chose qu'à l'hydrocèle simple. Dans quel état était ce t
qu'on ne sentait ni ne voyait? Le père, en levant son
avait-il froissé l'organe, et un léger épanchement
était-il venu se mêler à une hydropisie préexistante de
nale? N'avions-nous pas plutôt une faible couche de
recouvrant un organe malade? Ce testicule de sept ans
tuberculeux, sarcomateux? J'avoue ma perplexité; mais
il faut toujours, selon moi, énoncer un diagnostic, quit
revenir, je posai le suivant, qui fut partagé en tant q
hypothétique par le prof. J.-L. Reverdin : *Sarcome ou e
loïde du testicule avec léger épanchement symptomatiqu*

Il n'en était rien! les enveloppes scrotales incisée
étaient plus ou moins adhérentes entre elles), je tombai
masse gélatiniforme grisâtre, et fus tout d'abord porté
le diagnostic encéphaloïde confirmé; mais la masse ch
presque immédiatement d'aspect; elle devenait d'un
jaune ambré et s'énucléait le plus aisément du mond
cavité vaginale; le bistouri n'était pas nécessaire, les
suffisaient amplement. Personne n'hésita à prendre cett
masse tremblottante, de couleur vive, et pour ainsi dir
pendante de la paroi, pour un gros caillot de fibrin
probable d'une hématocèle, caillot en voie d'organ
comme en témoignaient les jeunes vaisseaux qu'on aper
sa surface et qu'on pouvait suivre à une certaine pro
dans son intérieur. Cependant une chose m'intriguait :
qui se déverse dans la cavité vaginale n'a pas généralen
aspect, il est au contraire de couleur foncée, brunâtre
qu'on incise, ce n'est jamais un caillot jaune d'ambr
rencontre, mais bien plutôt des couches superposées de
d'aspect grisâtre. Il est vrai que chez les enfants l'hém
est loin d'être commune; pour ma part, je n'en ai jam
contré. Il m'était donc permis de me demander si chez
jeune sujet les choses ne pourraient pas se passer com
paraissaient s'être passées, à en juger par la substa
nous avions sous les yeux. L'histologie seule pouvait dé

Quant à la vaginale, elle était congestionnée, viol
saignait assez facilement, mais on sentait et voyait ne
le testicule; il avait son volume et sa consistance norm
était absolument indépendant de la tumeur.

J'ajouterai encore qu'à la partie supérieure, là o
avions noté une fluctuation plus nette et une transpare
grande, se trouvait, en effet, une certaine quantité (
20 grammes) d'un liquide trouble. analogue à celui q
fourni la ponction. Après avoir frotté l'intérieur de l

olution phéniquée forte, je plaçai deux drains et

tion dura 14 minutes; c'est dire qu'elle n'offrit au-
ulté ni complication. Pansement de Lister.
ur chez moi, j'interrogeai la littérature, afin de me
r sur les particularités que peut revêtir l'hématocèle
nfants. Je ne trouvai rien de digne d'être signalé.
nche, je lus avec une certaine satisfaction les lignes
dans la pratique journalière de la chirurgie de
d :
uement l'étude de l'hématocèle doit suivre celle du
du testicule. Il n'existe pas deux maladies qu'on soit
osé à confondre, et dans un tiers des cas, au moins,
eur, même au moment où il prend le bistouri, n'est
sur le diagnostic et doit attendre l'incision des pre-
couches pour prendre son parti. »
e eut tout d'abord l'aspect d'une plaie qui va se
r première intention; mais peu à peu une partie
il se fit un peu de sphacèle dans la profondeur; puis
se réunirent lentement, mais seulement en partie,
le intention. L'état général, sans avoir rien de direc-
portant, n'était pas brillant, l'appétit irrégulier, de
utre de la fièvre. Ce fut dans ces conditions que la
atiente de rentrer chez elle, emmena son enfant.

; de transcrire ici l'observation *telle que je l'écrivis à*
t. Voici ce qui se passa par la suite :
ses allèrent petitement durant le mois de décembre;
ue le gonflement reparaissait.
ramena le malade en janvier.
vait plus alors d'illusion à garder; le scrotum, plus
amais, était transformé en une tumeur se prolongeant
u ventre et présentant tous les caractères cliniques
ne. La plaie, qui ne s'était jamais entièrement cica-
rgeonnait fortement. État général mauvais; appétit
hectique.
je le disais tout à l'heure, en face des caractères
ue présentait la masse enlevée que j'ai décrite, il
t attendre de l'histologie et de la marche clinique de
. On vient de voir ce que cette dernière amena;
examen histologique il fut conforme.
il arrive au chirurgien de faire deux diagnostics, l'un
utre après l'opération, c'est en général ce dernier qui
e chance d'être le meilleur, les raisons s'en compren-
nent. Dans le cas que j'analyse c'est précisément le
qui s'est produit; croyant avoir affaire à une tumeur
lde ou sarcomateuse, j'opère, et, lorsque je vois le con-
a vaginale, contenu d'aspect nouveau pour moi, je
'opinion et je pense à un résidu d'hématocèle; le
e et la marche ultérieure de la maladie m'ont remis
on chemin. En effet, après quelques mois de survie

durant lesquels il alla s'amaigrissant, tandis que sa tumeur s'accroissait de plus en plus, le petit malade finit par mourir absolument cachectique.

Je publie cette observation pour mettre mes confrères à l'abri de semblable méprise et leur éviter l'ennui qu'on éprouve toujours à poser un pronostic favorable, alors que les événements prouvent bientôt le peu de fondement de la prophétie.

A. R.

La masse d'aspect gélatineux, provenant de l'opération ci-dessus mentionnée, n'est autre chose qu'un sarcome, dans la plus grande masse duquel les cellules sont dissociées par le passage de la substance intercellulaire à l'état muqueux.

I. Sur les coupes les plus caractéristiques, on voit, à l'œil nu, après coloration au picro-carmin, des bandes plus foncées que le fond de la préparation, qui, par leur entrecroisement, dessinent des polygones, des losanges irréguliers.

A un faible grossissement, ces bandes se montrent composées de cellules, dont les noyaux, vivement colorés, fort rapprochés les uns des autres, paraissent tous allongés parallèlement à l'axe du tractus, tandis que, dans les espaces inscrits, les noyaux, beaucoup plus disséminés, n'offrent aucun arrangement régulier.

Un grossissement plus considérable donne la clef de cet aspect.

Les bandes limitantes sont, en effet, formées de sarcome fasciculé, à cellules assez volumineuses, ovoïdes ou fusiformes, dont les noyaux et les nucléoles offrent la netteté habituelle dans cette sorte de tumeurs; mais, déjà dans ces bandes, principalement sur leurs bords, la substance intercellulaire se rencontre tantôt sous la forme de tractus fibreux, teints en rose par le carmin, tantôt, et le plus souvent, sous l'aspect d'une matière amorphe, muciforme, presque incolore.

C'est dans cette matière, devenue plus abondante, que se trouvent noyés les éléments des aires inscrites dans les figures losangiques. Les cellules se montrent alors, tantôt pourvues de beaux prolongements, tantôt sphéroïdales. Leur protoplasma se colore parfois en jaune rosé par le picro-carmin; mais, en général, il renferme des granulations graisseuses, même de véritables gouttelettes. La tumeur est donc typique : *sarcome*, elle tend à passer au myxome; *myxome*, elle incline vers la surcharge adipeuse de ses cellules.

II. Quant aux vaisseaux, parfois ils courent au milieu d'une bandelette fibreuse. Mais, le plus souvent, et particulièrement pour ceux d'un certain calibre, leur paroi est entièrement sarcomateuse; elle ne se distingue plus du tissu ambiant; le vaisseau est un canal creusé à même dans la masse néoplasique, et les globules sanguins ne sont séparés de celle-ci que par une simple couche de cellules plates. Encore, en certains endroits,

le sang s'étant coagulé, le tissu ambiant semble-t-il pénétrer dans le caillot sous forme d'une sorte de pédicule.

Ailleurs, il s'est fait une hémorragie, et, suivant sa date plus ou moins reculée, ce sont, tantôt des globules rouges intacts que l'on rencontre dans le tissu de la tumeur, tantôt des granulations ou des cristaux hématiques, déposés soit dans la substance intercellulaire, soit dans les cellules elles-mêmes.

Enfin il arrive parfois que, dans les vaisseaux d'un certain calibre, la région qui représente la paroi disparue, est parcourue par de nombreux vasa vasorum.

En résumé, la masse gélatineuse retirée de la tunique vaginale du petit malade, est un simple sarcome fasciculé, passant, dans une grande étendue, à la forme myxome. A. M.

REVUE CRITIQUE

Des paralysies radiculaires,

Par J.-L. Prevost.

Cl. Bernard. Recherches expérimentales sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique. *Journ. de Phys. de Brown-Séquard.* Paris, 1862, t. V, 410.

Bernhardt. Ueber isolirte Armnerven und combinirte Schulterarmlähmungen. *Centralblatt f. Nervenheilk.* 1884, n° 22.

Id. Beitrag zur Lehre von Lähmungen im Bereich des Plexus brachialis. *Zeitsch. f. rationelle Med.* 1882, 415.

Bert et Marcacci. Etude sur la distribution des racines motrices du plexus lombaire dans les muscles du membre inférieur. *C. R. de la Soc. de Biologie*, 1881, 267, et *Lo Sperimentale*, oct. 1881.

Charcot. Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique de cause traumatique chez l'homme. Leçon du 1er mai recueillie par M. Marie. *Progrès médical*, 1885, 131 et 194.

E. Dufourt. Note sur un cas de paralysie radiculaire spontanée du plexus brachial. *Lyon médical*, 1886, vol. LI, n° 4, p. 107.

Duchenne de Boulogne. Paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs mixtes. Paris, 3me édit., 1873.

Id. Paralysies obstétricales. Electrisation localisée. 5me édit., 1872.

Erb. Ueber eine eigenthümliche Localisation der Lähmungen im Plexus brachialis. *Verhand. des Heidelb. Natur. Hist. Med. Vereins*, 18 nov. 1874.

Id. Handbuch der Electrotherapie, 1882, I, 285.

Id. et Hœdemaker. Ueber die von Erb zuerst beschriebene combinirte Lähmungsform an der oberen Extremität. *Arch. für Psychiatrie und Nervenkrank*, 1879, IX, 738.

Féré. Étude anatomique et critique sur les plexus des nerfs spinaux. *Arch. de Neurologie*, mars 1883, n° 15, p. 332.

D. Ferrier et G. Yéo. The fonctionnal relations of the motor Roots of the Brachial and Lombo-Sacral Plexuses. *Proceeding of the Royal Soc.* 1881, Marsh 24th and June 16th, vol. XXXII, p. 12.

E. Forgue. Distribution des racines motrices dans les muscles des membres. Montpellier, 1883.

F. Franck. Recherches sur les nerfs dilatateurs de la pupille. Trav. du laborat. du prof. Marey. 1878-1879, p. 26.

Id. Recherches anat. et expér. sur le nerf vertébral. *Soc. de Biol.*, 1878, 140.

Id. Article Grand Sympathique du *Dict. Encycl. des Sc. méd.*, p. 66.

Guillebeau et Luchsinger. Existiren im Nervus vertebralis wirklich pupillendilatirende Fasern? *Pflügers Arch. f. ges. Physiologie*, t. XXII, 1880, 156.

A. Klumpke. Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial. *Revue de Médecine*, 1885, 591 et 739.

Prevost. Recherches sur le ganglion sphéno-palatin. *Arch. de Phys. norm. et path.*, 1868, I, 220.

Prevost et David. Note sur un cas d'atrophie des muscles de l'éminence thénar droite avec lésion de la moelle épinière. *Arch. de Phys. norm. et path.*, 2me série, t. I, 595.

Prevost et Jolyet. Note sur le rôle physiologique de la gaine fibro-musculaire de l'orbite. *C. R. et M. de la Soc. de Biologie* et *Académie des Sc. de Paris*, 1867.

J. Ross. Distribution of anesthesia in cases of desease of the branches and of the roots of the brachial plexus. *Brain*, 1885, 51.

H. Sahli et Lichtheim. Zur Lehre von den spinalen Localisationen, etc. *Deutsches Arch. für klin. Med.*, 1882, XX, 360.

H. Secretan. Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial. *Thèses de Paris*, 1885.

Paralysies radiculaires, type Duchenne Erb. — On donne le nom de paralysie radiculaire de *Erb*, ou de *Duchenne-Erb*, à une forme de paralysie du membre supérieur qui atteint un certain groupe de muscles (deltoïde, biceps, brachial antérieur, long supinateur) en ménageant la sensibilité. Cette forme de paralysie limitée, d'abord signalée dans plusieurs observations par Duchenne de Boulogne, a été plus complètement étudiée par Erb qui a démontré que sa cause anatomique siégeait dans une lésion des racines du plexus brachial. Plusieurs auteurs se sont récemment occupés de cette question en cherchant à l'élucider par des recherches cliniques, anatomiques et physiologiques. Nous pensons qu'il peut être utile de donner un résumé de ces principaux travaux. Nous aurons dans cette revue l'occasion de faire de nombreux emprunts soit à la thèse de M. Secrétan, où cet auteur a rassemblé les observations déjà publiées avant lui, soit à la monographie si complète de Mlle Klumpke qui l'a fort bien décrite et étudiée soit clinique-

ment, soit au moyen d'expériences physiologiques pratiquées dans le laboratoire de M. Vulpian.

A la suite d'un violent traumatisme, dit M^lle^ Klumpke, de la partie supérieure et postérieure de l'épaule, d'une chute sur l'épaule, à la suite d'une compression du creux sus-claviculaire par une courroie (Bernhardt), par une cuiller de forceps (Depaul), ou enfin à la suite d'une arthrite vertébrale intéressant la 5^me^ ou 6^me^ vertèbre cervicale, on voit se développer une paralysie particulière du membre supérieur, limitée à un groupe de muscles nettement défini, le groupe des muscles *deltoïde, biceps, brachial antérieur*, *long supinateur*. Suivant l'intensité du traumatisme, on se trouvera en présence, soit d'une parésie, soit d'une paralysie plus ou moins complète s'accompagnant d'atrophie musculaire, de diminution, voire même d'abolition de la contractilité faradique et galvanique, de la réaction de dégénérescence. Les troubles de la sensibilité sont nuls ou peu marqués et dans ce cas l'anesthésie, ordinairement fort passagère, est limitée à la zone de distribution cutanée du musculo-cutané, du radial, quelquefois du circonflexe ou du médian.

Peu ou point d'anesthésie, une paralysie des muscles abducteurs du bras et fléchisseurs de l'avant-bras, l'intégrité absolue du triceps, voilà donc ce qui caractérise le type Duchenne-Erb. — Mais, comme ajoute M^lle^ Klumpke, pour peu qu'on y regarde de près on verra bientôt que, pour limitée qu'elle paraisse, la paralysie s'étend néanmoins à un certain nombre de muscles et un examen attentif fera reconnaître, dans la grande majorité des cas une participation des muscles *sous-épineux, grand rond, grand dorsal, grand dentelé, grand pectoral, court supinateur*.

La cause de cette paralysie, en présence de l'association toujours la même des muscles paralysés, devait être recherchée dans les racines du plexus, dans un point où les voies motrices sont réunies et ne sont pas encore distribuées dans les troncs nerveux. C'est à Erb que revient le mérite d'avoir le premier posé la question des paralysies radiculaires et d'avoir donné une interprétation anatomique en localisant ces paralysies dans les 5^me^ et 6^me^ nerfs cervicaux ou dans leurs troncs réunis. Il montra de plus que l'excitation électrique d'un point nettement défini (*point d'Erb* des auteurs), situé dans le creux sus-claviculaire à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la clavicule, en dehors du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, au niveau du

tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la 6me vertèbre cervicale produit chez l'homme sain la contraction simultanée du deltoïde, du biceps, brachial antérieur et du long supinateur. Cette question si bien posée par Erb a été reprise par plusieurs anatomistes et physiologistes qui ont cherché à déterminer aussi exactement que possible la distribution des nerfs du plexus brachial et de ses racines d'origine.

Des dissections minutieuses ont été faites par M. Féré; elles sont exposées par lui dans un mémoire dans lequel il résume l'état de la question et les diverses opinions émises par les anatomistes qui se sont occupés de ce sujet (Scarpa, Prochaska, Sœmmering, Haller, Klint, Kronenberg, Walsh, Kahan, etc.) qui ont cherché à dissocier le plexus brachial pour déterminer l'origine des troncs nerveux du membre supérieur. Le seul point qui soit établi, dit M. Féré, par ces dissections, c'est que chaque paire nerveuse fournit à plusieurs nerfs, dans des proportions variables, et que chaque nerf reçoit de plusieurs paires nerveuses un nombre de filets variables suivant les sujets. M. Féré classe ces variétés dans un tableau et donne de plus un dessin schématique résumant le mode de distribution le plus fréquent des racines du plexus. Or, d'après lui, les 5me et 6me paires cervicales fournissent le musculo-cutané (biceps brachial antérieur, coraco-brachial), le circonflexe (deltoïde), les nerfs des muscles sus et sous-épineux, grand rond, grand dorsal, grand pectoral, grand dentelé. Il a pu suivre de plus jusque dans la sixième racine les branches du radial qui se distribuent au long supinateur. M. Féré ne pense cependant pas que, si la systématisation fonctionnelle existe dans la moelle, elle puisse être nettement établie par des dissections quelque fines qu'elles soient. On peut cependant remarquer avec Mlle Klumpke que ce sont les 5me et 6me nerfs cervicaux, quelquefois le 7me, qui d'après Féré donnent naissance aux filets nerveux des muscles paralysés dans la paralysie type *Duchenne-Erb*.

Si les dissections fines sont incapables de fournir des données précises relativement à l'origine exacte des nerfs qui animent les muscles paralysés et atrophiés dans le type *Duchenne-Erb*, les expériences physiologiques ont pu élucider en partie cette question. Les recherches de Ferrier et Yéo, celles de Bert et Marcacci, celles plus récentes de Forgue et enfin les expériences de Mlle Klumpke méritent d'être analysées à cet égard. M. Forgue ainsi que M. Secrétan donnent de ces recherches physiologiques un intéressant exposé que nous résumons ici :

Panizza, en expérimentant sur les racines du nerf sciatique de la grenouille, arriva à la conclusion que ces racines n'ont aucune action spéciale; les plexus jouiraient d'une conductibilité indifférente de l'influx médullaire; la section progressive des racines déterminerait un affaiblissement général et graduel de tous les muscles du membre et la conservation d'un seul filet suffirait à maintenir tous les muscles en relation avec la moelle. Cette hypothèse, en contradiction avec nos connaissances actuelles sur la constitution des plexus nerveux, fut déjà renversée par Müller qui, excitant avant leur réunion les trois nerfs rachidiens qui constituent le sciatique de la grenouille, établit qu'un nerf rachidien qui pénètre dans un plexus et qui contribue avec d'autres racines à la constitution d'un gros tronc nerveux, reste indépendant et ne communique sa force motrice qu'aux muscles auxquels se rendent ses filets nerveux.

Plusieurs physiologistes ont voulu chercher dans les fonctions dévolues à chaque racine la loi qui groupe leurs éléments.

Bert et Marcacci, dans leurs expériences sur les plexus lombaires du chat et du chien, arrivent à la conclusion que l'innervation du membre inférieur présente dès l'origine médullaire une systématisation évidente. Cette systématisation est fonctionnelle, c'est-à-dire que les filets moteurs émanés de la moelle à un niveau donné se distribuent à des masses musculaires synergiques et concourent ainsi à un mouvement associé.

Ferrier et Yéo ont étudié les fonctions des racines sur le singe et se sont surtout occupés d'observer le mouvement d'ensemble provoqué par l'excitation de chaque racine antérieure isolée avec soin après ouverture du canal rachidien, en prenant des précautions pour éviter l'irradiation de l'excitation. Il résulte de leurs expériences que chaque racine offrirait une combinaison fonctionnelle bien déterminée. Chaque racine commanderait un mouvement fonctionnel et la section d'une racine ne provoquerait pas la paralysie complète des muscles correspondants, car ils reçoivent des filets de plusieurs racines, mais seulement la suppression de cette combinaison fonctionnelle. Le degré de paralysie d'un muscle innervé par plusieurs racines dépendra du nombre d'éléments fournis par la paire sectionnée, et ce muscle plus ou moins affaibli pourra agir dans d'autres combinaisons fonctionnelles. Cela explique, nous dit M. Féré, le résultat de l'expérience de Panizza, qui n'a obtenu l'immobilité du membre qu'après avoir sectionné toutes les

racines. Le nombre de ces combinaisons fonctionnelles est bien pauvre (fait remarquer M. Secrétan) si l'on considère les mouvements complexes variés dont le membre supérieur est susceptible. Chaque profession crée un mouvement combiné spécial; de tous les mouvements complexes provoqués par Ferrier et Yéo, un seul frappe par la coordination régulière des mouvements, c'est celui de la 5^{me} racine[1] qui détermine l'acte de porter la main à la bouche et qui associe le deltoïde aux fléchisseurs du bras et encore l'extension du poignet et des doigts lui enlève sa valeur fonctionnelle.

M. Forgue, dans des expériences entreprises à Montpellier dans le laboratoire de M. Lannegrace, chercha à élucider cette question, et expose des conclusions contraires à l'idée de la spécialisation physiologique des racines nerveuses.

La méthode des sections ne lui a donné que des résultats peu nets ; aussi n'insiste-t-il pas sur une série d'expériences entreprises sur le chien, et consistant à sectionner les diverses racines du plexus brachial; l'obscurité des symptômes a été la règle, la banalité des troubles paralytiques a été le résultat constant.

L'excitation des racines a donné à M. Forgue de meilleurs résultats. L'auteur au lieu d'exciter directement les racines antérieures découvertes dans le canal rachidien et non sectionnées, comme l'ont fait Ferrier et Yéo, préfère les exciter à leur sortie du canal rachidien après les avoir soigneusement disséquées et isolées. Il dénude soigneusement les plexus sans ouverture du rachis. Les racines du plexus sont liées ou sectionnées pour supprimer tout mouvement réflexe, puis il procède à l'excitation isolée des filets différents qui constituent les racines; c'est ce qu'il appelle l'*excitation dissociée des racines*.

Les expériences de Forgue ont été faites sur le singe ; l'ouvrage est orné de nombreuses planches explicatives, et de nombreux schema dans lesquels la disposition comparative du plexus de l'homme, du singe et du chien est nettement figurée, ce qui facilite la compréhension soit de ses expériences soit de leur discussion.

M. Forgue déduit de ses expériences relatives au plexus brachial les lois suivantes :

[1] Pour Ferrier et Yeo l'excitation de la 5^{me} racine cervicale provoque : mouvement de la main vers la bouche, bras élevé et porté en dedans, flexion de l'avant-bras avec supination et extension du poignet et des doigts [deltoïde (portion claviculaire), biceps, brachial antérieur, grand dentelé, long supinateur, extenseur du poignet et des doigts].

1° Chaque racine fournit aux deux plans opposés du membre, plans antérieur et postérieur.

2° On voit à mesure qu'on se rapproche des paires dorsales la contraction gagner les segments inférieurs du membre.

Mais il y a cependant quelques infractions à cette loi; chez le singe, la 6ᵐᵉ racine saute du deltoïde scapulo-acromial au long supinateur et aux radiaux, en négligeant l'innervation du grand rond, du grand dorsal et du triceps.

Des racines inférieures, comme la 8ᵐᵉ par exemple, qui semblent limitées au segment antibrachial du membre, fournissent des filets supérieurs à trajet ascendant (grand pectoral et grand rond, grand dorsal) sans rien donner au segment brachial lui-même.

3° A mesure que l'excitation se rapproche des paires dorsales, les contractions gagnent progressivement les masses musculaires du bord radial du membre vers son bord cubital.

Des lois analogues sont formulées aussi pour le plexus lombaire et sacré:

1° A mesure qu'on se rapproche des paires sacrées inférieures l'excitation descend aux masses musculaires des segments inférieurs.

2° En même temps que l'action suit une marche descendante vers les segments inférieurs on voit, à mesure que l'excitation se rapproche des racines inférieures, les contractions gagner progressivement les masses musculaires *du plan interne du membre vers le plan externe.*

Pour M. Forgue, la distribution topographique prime celle de spécialisation physiologique. La distribution des racines n'obéit pas à un ordre fonctionnel préétabli, elle n'est réglée que par la disposition respective des groupes musculaires.

Chaque racine commande à une région donnée, elle s'y distribue dans des territoires topographiques constants mais fonctionnellement indéterminés; elle est la racine d'un département musculaire donné, elle n'est point la racine d'une fonction.

Pour M. Forgue, la spécialisation physiologique ne serait vraie que pour les troncs définitifs; le médian et le cubital sont des nerfs fléchisseurs, le radial un nerf extenseur. Or, chacun de ces troncs étend ses branches d'origine à des segments médullaires multiples, il faut donc en conclure que les noyaux à action spéciale sont disséminés dans la colonne médullaire, ne

se ramassent point en des segments communs, ne se concentrent point en des centres spéciaux. Ils s'étagent au contraire sur toute la longueur et se groupent indifféremment au niveau de plusieurs racines.

M. Forgue voit dans quelques cas pathologiques une preuve de la loi qu'il a formulée relativement à la distribution des branches du plexus brachial. Il rapporte en particulier in-extenso une observation que je publiai il y a quelques années avec M. le Dr David, et qui concernait un cas d'atrophie limitée à l'éminence thénar et au premier interosseux, dans laquelle l'autopsie révéla une atrophie de la racine antérieure de la 8me paire cervicale, une atrophie plus légère de la racine antérieure de la 7me cervicale avec lésion de la corne antérieure de substance grise à ce niveau, et s'étendant sur une hauteur de 2 à 3 centimètres. Nous pensions pouvoir conclure que les *muscles de l'éminence thénar sont innervés par des nerfs partant de la région cervicale inférieure et contenus en grande partie dans la racine antérieure de la huitième paire cervicale.* Cette conclusion cadre en effet très bien avec la loi formulée par M. Forgue, et notre observation est pour lui un sérieux argument en sa faveur.

Je dois cependant rapporter que, depuis lors, le Dr Sahli, assistant du prof. Lichtheim à la clinique médicale de Berne, a publié une observation analogue à la mienne, mais dans laquelle les lésions anatomiques ne sont pas exactement situées au même niveau. Il s'agit d'un cas d'atrophie de la main plus étendue que celle que j'ai observée, puisqu'elle avait envahi les *muscles du pouce,* les *interosseux,* les *lombricaux,* les *muscles de l'éminence hypothénar,* le *carré pronateur.*

La moelle offrait une première lésion limitée au niveau de la 1re racine cervicale, une plus étendue s'étendant au niveau de la 4me à la 7me racine cervicale; mais la moelle était saine au niveau de la 8me paire, et la racine antérieure de cette paire était intacte. Il y avait de plus une lésion limitée au niveau de la 8me paire dorsale, mais qui ne nous intéresse pas relativement à l'innervation de la main. M. Sahli insiste sur ce que la 8me paire qui, d'après ma conclusion, aurait dû être atteinte puisque les muscles de l'éminence thénar étaient profondément atrophiés, était au contraire ménagée.

Il est regrettable que les observations de ce genre de lésions limitées, suivies d'autopsie, ne soient pas plus nombreuses, car

elles seraient plus aptes encore que les expériences physiologiques à élucider les questions de distribution nerveuse.

Cette dernière observation ne cadre par conséquent pas aussi bien que la mienne avec les conclusions de M. Forgue. Il n'est pas impossible, d'ailleurs, que les muscles de la main ne soient pas toujours innervés de la même façon. Nous avons déjà dit que les recherches de M. Féré montrent d'assez notables variétés dans les distributions des racines des plexus.

On peut ajouter que dans le travail de Ross, dans lequel l'auteur analyse la distribution de la sensibilité dans le membre supérieur en se fondant surtout sur des examens anatomiques et cliniques, il arrive à des résultats analogues et n'admet pas non plus la spécialisation fonctionnelle à telle ou telle branche. D'après Ross, l'irradiation des rameaux nerveux est telle dans les extrémités, que, si l'on sectionne un des troncs nerveux principaux du plexus brachial, on ne produit pas d'anesthésie complète dans une partie quelconque de son aire de distribution; quelquefois il y a cependant une anesthésie très limitée, mais toujours beaucoup plus limitée que ne le comporte sa distribution anatomique. On trouvera dans ce travail des planches utiles à consulter relativement à la distribution de la sensibilité dans le membre supérieur.

Diagnostic. — *Paralysies radiculaires étendues à toutes les branches du plexus.* — Pour revenir à la question qui nous occupe plus spécialement, on doit reconnaître avec M^lle^ Klumpke que : La clinique et l'expérimentation physiologique, l'anatomie et l'examen électrique sont d'accord pour démontrer l'autonomie toute particulière du groupe Duchenne-Erb. Cette autonomie, il la conserve au delà des racines du plexus, jusque dans la moelle épinière. N'est-ce pas ce groupe musculaire que nous trouvons atteint dans certaines paralysies spinales infantiles, certaines atrophies musculaires progressives myélopathiques et myopathiques, dans le type scapulo-huméral de Vulpian, le type facio-scapulo-huméral de Landouzy et Dejerine, la forme juvénile de Erb, et dans ce que Remak a décrit sous le nom de type supérieur de la paralysie saturnine.

La participation du groupe Duchenne-Erb n'implique donc pas forcément l'idée d'une paralysie radiculaire. Le diagnostic n'en est pas moins facile dans la grande majorité des cas : il suffit de se rappeler que la lésion est bilatérale dans les atro-

phies myélopathiques et myopathiques, qu'il s'agit ici bien plus d'une atrophie que d'une paralysie.

Dans la paralysie infantile, dans la paralysie saturnine, le mode de début, l'évolution de l'affection, l'ensemble des phénomènes concomitants fourniront des bases suffisantes au diagnostic.

Les paralysies consécutives à une luxation scapulo-humérale, à une fracture du col de l'humérus, pourraient induire en erreur. Le diagnostic se fera surtout, grâce à l'attitude du malade et au nombre des muscles lésés. Dans le type Duchenne-Erb, le membre paralysé tombe, en effet, inerte le long du tronc, il est en adduction et en rotation en dedans, tandis qu'il est en abduction dans la luxation scapulo-humérale. Dans ce dernier cas l'atrophie et la paralysie sont limitées à la ceinture scapulo-humérale, au deltoïde, grand pectoral, sus et sous-épineux, le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur étant toujours respectés.

La paralysie Duchenne-Erb peut n'être pas limitée aux racines supérieures du plexus brachial, comme nous venons de le décrire d'après M^lle^ Klumpke, mais elle ne peut être que le reliquat d'une paralysie plus étendue ayant atteint tout l'ensemble du plexus brachial. Il arrive quelquefois qu'à la suite d'un grand traumatisme toutes les branches du plexus brachial ayant été contusionnées, on observe une paralysie de tout le membre supérieur. Au bout d'un certain temps les phénomènes paralytiques peuvent s'amender dans le département des racines inférieures et une paralysie type Duchenne-Erb avec des phénomènes atrophiques peut subsister. Dans d'autres cas, ce seront les phénomènes paralytiques des racines supérieures qui s'amenderont et il subsistera une paralysie des racines inférieures du plexus.

On peut reconnaître en résumé que la paralysie d'origine radiculaire peut atteindre toutes les branches du plexus brachial, ou être limitée aux racines supérieures (type Duchenne-Erb) ou aux racines inférieures du plexus.

Il est intéressant en clinique de pouvoir distinguer ces divers cas, et c'est à ce point de vue que je dois citer les intéressantes observations et les expériences de M^lle^ Klumpke, relatives aux paralysies radiculaires inférieures du plexus brachial. Tandis que les troubles de la sensibilité sont nuls ou peu accusés dans le type radiculaire supérieur, ils ne font, pour ainsi dire, jamais

défaut dans la paralysie radiculaire inférieure. L'anesthésie est complète à la main, à l'avant-bras. Dans la plupart des cas elle s'étend jusqu'à un travers de doigt au-dessus du coude. Parfois elle envahit le bras, mais c'est la région externe et postérieure jusqu'au niveau de l'insertion deltoïdienne qui, seule, présente des troubles de la sensibilité. La peau de la région interne du bras, celle de l'épaule reste en effet toujours indemne, dès qu'il s'agit d'une lésion rigoureusement limitée au plexus brachial. Cette intégrité de la région interne du bras s'explique aisément, puisque celle-ci dépend de la zone de distribution des nerfs intercosto-huméral et accessoire du brachial cutané interne; or, le premier tire son origine des branches perforantes des 2me et 3me nerfs intercostaux, et l'accessoire reçoit une anastomose de ces mêmes nerfs (Klumpke).

Suivant l'intensité de la cause vulnérante, les troubles moteurs et sensitifs seront peu marqués ou s'accompagneront au contraire des phénomènes secondaires des lésions graves des nerfs périphériques, atrophie musculaire, pertes de réactions électriques, troubles trophiques cutanés, etc.

Monoplégies hystériques. — La paralysie mono-brachiale totale résultant d'une lésion attaquant toutes les branches radiculaires pourrait au premier abord se confondre avec certaines variétés de paralysies hystériques qui ont fait le sujet d'une intéressante clinique de M. le prof. Charcot (*Progrès médical,* août 1885). Les deux malades, sujets de cette clinique, avaient été présentés à la Société médicale des hôpitaux, l'un par M. Troisier, le second par M. Joffroy, et avaient donné lieu à une discussion à laquelle prirent part MM. Féréol, Dejerine, Rendu, Joffroy, etc.

Il s'agit de deux hommes qui offrirent, à la suite d'un traumatisme de l'épaule, une monoplégie brachiale permanente; mais présentant des caractères spéciaux qui permettent de la différencier d'une monoplégie résultant d'une lésion du plexus.

La paralysie et l'anesthésie, au lieu d'être immédiates, ne se développèrent que progressivement et ne devinrent complètes que 8 à 10 jours après le traumatisme.

Chez les deux malades, l'impuissance motrice était absolue, à l'épaule, au bras, à l'avant-bras; mais les mouvements de la main étaient en partie conservés intacts. L'anesthésie absolue (de la peau, des muscles, des tendons, des articulations) était

limitée aux parties affectées d'impuissance motrice et s'arrêtait au niveau de la main.

Cette distribution de l'anesthésie au niveau des parties frappées d'impuissance motrice est des plus remarquables, car, de même que l'impuissance motrice, elle ne suit nullement la distribution anatomique des nerfs : caractère important pour la différencier d'une monoplégie résultant d'une lésion anatomique du plexus brachial.

Pour bien mettre ce point en évidence dans la publication que M. Marie fait de la leçon de M. Charcot, il reproduit une figure, dans laquelle la distribution de l'anesthésie est représentée ombrée : il met en regard une figure tirée du travail de M. Ross, représentant une monoplégie brachiale, suite d'une lésion du plexus. Le contraste est frappant ; dans le cas de Ross la zone anesthésique suit la distribution nerveuse et envahit la main et l'avant-bras, tandis que le bras et l'épaule conservent de la sensibilité, contrairement à ce qui est observé dans la monoplégie brachiale hystérique.

Il faut ajouter à ces caractères qu'il n'y a dans ces cas ni modification électrique, ni troubles trophiques, ni atrophie musculaire, ni perte des réflexes patellaires. Autant de phénomènes habituels après la lésion du plexus brachial.— M^lle^ Klumpke ajoute qu'on n'a pas encore signalé les troubles oculo-pupillaires, sur lesquels nous allons insister tout à l'heure, dans les paralysies hystériques.

Enfin M. Charcot insiste sur ce que l'on retrouve toujours dans ces cas des stigmates de l'hystérie, tels que : anesthésie du voile du palais, rétrécissement visuel, avec polyopie et micropsie, etc.

M. Charcot a pu, chez des hystériques femmes, suggérer pendant le sommeil hypnotique des monoplégies brachiales tout à fait analogues, si ce n'est identiques à celles qu'ont présentées les deux hommes qui font le sujet de sa clinique. J'ai pu, grâce à son obligeance, assister, l'an dernier, à Paris, à ces curieuses expériences et comparer l'un des malades, sujet de la clinique en question, avec des hystériques endormies offrant des accidents analogues provoqués par suggestion. La distribution anormale de l'inertie musculaire et de l'anesthésie était absolument semblable ; dans les deux cas il n'y avait aucun rapport entre le siège de l'anesthésie et de la paralysie avec la distribution anatomique des nerfs.

Phénomènes oculo-pupillaires des monoplégies brachiales (type inférieur). — Dans toutes les observations (sauf une de Seeligmuller) de monoplégie brachiale inférieure réunies par M^lle^ Klumpke, sont signalés des *phénomènes oculo-pupillaires* qui manquent au contraire dans les paralysies totales évoluant vers le type Duchenne-Erb, et qui peuvent pour ainsi dire être considérés comme symptôme pathognomonique des paralysies radiculaires inférieures.

Ces phénomènes qui sont constants dans toute paralysie véritablement radiculaire inférieure, sont caractérisés par du *myosis*, par le *rétrécissement de la fente palpébrale*, et dans quelques cas par la *petitesse* et la *rétraction du globe oculaire*. Dans trois observations on a de plus noté l'*aplatissement de la joue* du côté correspondant à la paralysie.

M^lle^ Klumpke base ces déductions sur l'étude de 14 observations de paralysies radiculaires inférieures, ou de paralysies dues à une lésion totale du plexus brachial; ces observations, qui sont publiées pour la plupart in extenso, sont dues à Flaubert de Rouen, Le Bret, plusieurs à Paget, plusieurs à Seeligmuller, Hutchinson, Ross, Bärwinkel; une observation de résection totale du plexus brachial due à Sands et Séguin, dans laquelle la résection faite au niveau des trous de conjugaison fut accompagnée de troubles oculaires; une autre de Maury et Duhring, dans laquelle les troubles oculaires manquèrent, mais la section eut lieu juste au-dessus du plexus et assez loin de ses origines radiculaires. Enfin, une observation personnelle très détaillée, recueillie dans le service et sous la direction du D^r^ Dejerine, ornée de planches sur bois, et dans laquelle l'étude des réactions électriques de chaque muscle est faite avec soin. On trouvera dans le détail de toutes ces observations des données précises, utiles à consulter, mais sur lesquelles je ne puis m'arrêter longtemps dans cette revue analytique.

Dans ces quatorze observations, on peut remarquer la constance des troubles *oculo-pupillaires, seuls, sans troubles vasomoteurs et calorifiques de la face* (une seule observation de Seeligmuller fait exception).

Ces phénomènes indiquent évidemment une participation du sympathique; le myosis est dû à la paralysie des fibres radiées de l'iris, le rétrécissement de la fente palpébrale et la rétraction, ou mieux, l'enfoncement du globe oculaire dans l'orbite, à la paralysie du muscle de Muller, ou des fibres lisses de la cap-

sule de Tenon, qui sont innervées directement par le tronc du sympathique cervical et non par l'intermédiaire du ganglion sphéno-palatin, comme le croyait Muller, ainsi que je l'ai démontré dans un travail fait en commun avec le Dr Jolyet.

L'examen de ces faits met hors de doute une lésion du sympathique se traduisant par ces phénomènes oculo-pupillaires. Mais quelles sont les fibres du sympathique qui sont lésées dans ce cas, à quel niveau siège la lésion? c'est ce que Mlle Klumpke discute à l'aide de l'analyse de ses observations et en cherchant, de plus, à élucider cette question complexe par des expériences pratiquées sur le chien, dans le laboratoire de M. Vulpian.

1. Il ne peut être question d'une lésion directe du centre cilio-spinal, de Budge et Waller, qui produirait des symptômes médullaires et un myosis toujours double, et non unilatéral comme dans ces observations.

2. Il est bien difficile d'y voir une participation du tronc du sympathique, trop profondément situé pour être lésé même dans des traumatismes graves; d'ailleurs cette lésion devrait produire non seulement les *phénomènes oculo-pupillaires, mais aussi des troubles vaso-moteurs de la face,* qui manquent dans les observations publiées par Mlle Klumpke.

3. Bärwinkel admet que la dissociation des fibres oculo-pupillaires et vaso-motrices se fait au niveau de l'anneau de Vieussens qui entoure l'artère sous-claviaire. On devrait observer une lésion de cette artère qui ne se trouve notée dans aucune de ces observations.

4. On est forcément conduit à chercher plus bas le siège de la lésion, là où il existe une dissociation des fibres oculo-pupillaires et vaso-motrices, au niveau des *rami-communicantes.* C'est là, du reste, dit Mlle Klumpke, une hypothèse émise pour la première fois par Hutchinson et à laquelle se rallie Seeligmuller dans ses dernières observations.

Budge et Waller, en découvrant, par des expériences à juste titre devenues célèbres, le centre cilio-spinal et en le plaçant au niveau de l'articulation des 2me et 3me vertèbres dorsales, démontrèrent de plus que la section des racines antérieures rachidiennes faite à ce niveau provoque la contraction pupillaire, tandis que l'électrisation des bouts périphériques des racines sectionnées provoque les mêmes phénomènes oculo-pupillaires que l'électrisation du sympathique cervical. Mais

ces expérimentateurs donnèrent aux nerfs pupillaires une même origine qu'aux nerfs vasculaires et calorifiques.

Il appartient à Cl. Bernard d'avoir démontré le premier que les nerfs vasculaires et oculo-pupillaires ont dans la moelle une origine distincte et que, en quittant la moelle, ils suivent un trajet différent. Les fibres oculo-pupillaires, d'après lui, passent, chez le chien, par les racines antérieures des 1re et 2me paires dorsales, et de là se jettent directement dans le ganglion stellaire. Les fibres vaso-motrices, au contraire, passent par les racines antérieures des 3me, 4me, 5me, 6me paires dorsales et se jettent par l'intermédiaire du sympathique thoracique dans ce même ganglion.

De toutes les racines du plexus brachial (chez le chien), le nerf premier dorsal contient donc seul, d'après Cl. Bernard, les fibres oculo-pupillaires.

Quant aux *rami-communicantes* des nerfs cervicaux, d'après Franck, ceux des 7me et 8me nerfs se jettent directement dans le ganglion premier thoracique; ils constituent le *tronc externe du nerf vertébral*. Les rami communicantes 6me, 5me, 4me nerfs cervicaux, et quelquefois celui du 3me, se réunissent entre eux et forment le *tronc interne du nerf vertébral* qui accompagne l'artère vertébrale dans le canal des apophyses transverses des vertèbres cervicales.

M. Fr. Franck avait admis dans un premier mémoire que le nerf vertébral fournit des filets ascendants iriens-vasculaires. L'excitation du bout supérieur du nerf vertébral produirait la dilatation de la pupille. Mais cet auteur est revenu plus tard sur cette manière de voir, ce que n'indique pas Mme Klumpke. Dans l'intéressant article de Franck sur le Grand sympathique (*Dict. encycl.*, 3me série, XIV, p. 66) il dit en effet : « depuis cette époque j'ai pu m'assurer qu'il y avait eu erreur dans mon interprétation et que la dilatation pupillaire observée (lors de l'excitation du nerf vertébral) n'était que l'effet réflexe de l'irritation des filets sensitifs contenus dans le nerf excité. »

Ce n'est pas seulement au niveau des racines que les rameaux oculo-pupillaires du sympathique sont isolables des filets vasomoteurs car, d'après des recherches de M. Schiff résumées par P. Marchi (XVIIme leçon, p. 195, Florence 1873), « dans son trajet au cou le faisceau vaso-moteur du sympathique est séparé de son faisceau oculo-pupillaire. Dans la plupart des cas ces faisceaux sont si bien accolés l'un à l'autre qu'il est impossible de

les couper isolément. Mais dans d'autres cas ces deux faisceaux sont très faciles à isoler. » C'est là, fait observer M. Franck un nouvel exemple de cette dissociation des filets irido-dilatateurs et vaso-moteurs du sympathique. Ajoutons que M. Franck admet que les filets irido-dilatateurs se retrouvent à un niveau plus élevé que ne le décrit Bernard et que l'excitation des rameaux communicants qui se détachent des 8me, 7me, 6me paires cervicales pour aborder le ganglion premier thoracique peuvent influencer l'iris ; de sorte que la limite la plus élevée de la région médullaire qui fournit les filets irido-dilatateurs correspondrait suivant les cas à la hauteur de la 5me ou à celle de la 6me paire cervicale; sûrement elle ne s'élève pas davantage.

Guillebeau et Luchsinger (*Pflug. Arch.*, 1880, p. 156) ont mis en doute l'existence de fibres irido-dilatatrices dans le nerf vertébral, et Mlle Klumpke se range aussi à cette manière de voir, qui est également admise comme, je viens de le dire, par Franck dans son plus récent mémoire.

Si donc, ajoute-t-elle, on admet avec Cl. Bernard que les fibres irido-dilatatrices ne passent que par les deux premières racines dorsales, on comprend pourquoi les phénomènes oculo-pupillaires ne s'observent que dans les paralysies radiculaires totales ou inférieures, lorsque le premier nerf dorsal est intéressé ; pourquoi ils ne s'observent jamais dans les paralysies type Duchenne-Erb, dans lesquelles la lésion porte sur les 5me et 6me nerfs cervicaux.

La paralysie de la racine inférieure du plexus brachial se traduit chez l'homme : par une paralysie du cubital, du brachial cutané interne et de son accessoire. Les phénomènes paralytiques consisteront donc surtout en une paralysie de l'éminence hypothénar, de l'éminence thénar et des interosseux, en une anesthésie des doigts internes, du bord de la main (cubital) de l'avant-bras (brachial cutané interne) et de la partie tout à fait inférieure de la face interne du bras (accessoire).

Expériences physiologiques. — Pour compléter ces intéressantes observations cliniques, Mlle Klumpke recourt à l'expérimentation physiologique. Ces expériences ont été pratiquées dans le laboratoire de M. Vulpian avec le concours de M. Queyrat.

Mlle Klumpke a cherché à réaliser expérimentalement les divers types qui représentaient les observations publiées par elle ou par divers auteurs.

Les chiens en expérience ont été tantôt curarisés, tantôt narcotisés par la morphine ou le chloral. Le curare permet d'observer plus exactement les phénomènes pupillaires au moment de l'opération, mais les animaux succombant à la suite de la curarisation n'ont pas pu être observés plusieurs jours comme lorsqu'ils étaient chloralisés ou morphinisés, et guéris facilement de la narcose. Ces expériences sont difficiles et délicates surtout lorsqu'il s'agit de sectionner le premier nerf dorsal profondément situé. Cependant en variant le mode expérimental de diverses façons sur le manuel desquelles nous ne pouvons nous étendre ici, l'auteur a réussi à pratiquer la section des racines au niveau du tronc de conjugaison, ou à opérer l'arrachement de ces racines au niveau de leur origine médullaire. Il résulte de ces expériences les faits suivants : Quand les nerfs ont été sectionnés en dehors du tronc de conjugaison il n'y a pas eu de phénomènes oculo-pupillaires; car les rami-communicantes n'ont pas été lésés. Lorsque la section a été faite au niveau de ces trous de conjugaison ou lorsque les racines ont été arrachées au niveau de leur implantation médullaire, les phénomènes oculo-pupillaires se sont montrés, quand la lésion portait sur le premier nerf dorsal qui, d'après M^lle^ Klumpke, est le premier qui contient des fibres irido-dilatatrices qui manqueraient au contraire dans la dernière paire cervicale.

Ces filets iriens contenus dans le premier nerf dorsal et qui se retrouvent aussi dans les nerfs dorsaux suivants proviennent des rami-communicantes qui y pénètrent.

Nos expériences, nous dit l'auteur, montrent en résumé que la *section ou l'arrachement des nerfs du plexus brachial ne s'accompagnent de phénomènes oculo-pupillaires que lorsque le rameau communicant du premier nerf dorsal est intéressé. Les phénomènes oculo-pupillaires existent toujours seuls, ils ne sont jamais accompagnés de troubles vaso-moteurs.*

Les nerfs vaso-moteurs de la face passent en effet par les 3^me^, 4^me^, 5^me^ et 6^me^ paires dorsales,

Quelques expériences personnelles. — J'ai cherché à répéter chez le chat et le lapin l'effet de l'excitation des diverses branches radiculaires du plexus brachial, expériences qui avaient déjà été faites chez le chien soit par Bernard, soit par M^lle^ Klumpke et par d'autres auteurs; il peut être intéressant de signaler ces résultats. Ces expériences ont été pratiquées avec le concours et la collaboration de M. le D^r^ Paul Binet.

Nous avons opéré tantôt sur des animaux immobilisés au moyen de la chloralisation, tantôt sur des animaux curarisés. Ce dernier mode se prête mieux à l'observation des phénomènes oculo-pupillaires tout en présentant l'inconvénient de nécessiter la respiration artificielle.

Le canal vertébral fut ouvert au niveau de la région cervicale inférieure et dorsale supérieure dans une étendue correspondant aux dernières paires cervicales et aux trois ou quatre premières paires dorsales. Les méninges ouvertes, la moelle fut sectionnée transversalement à plusieurs hauteurs en ayant soin de pratiquer la section entre les paires rachidiennes. Ces sections ont été faites progressivement de manière à déterminer après chaque section l'effet produit sur l'œil par l'électrisation du segment médullaire au-dessus et au-dessous de chaque section. L'électrisation fut faite avec un courant induit de moyenne intensité, en prenant des précautions pour éviter les effets de l'irradiation du courant aux parties voisines. Enlevant ensuite les segments médullaires et électrisant directement les racines antérieures, nous pouvions facilement vérifier l'effet de l'électrisation du segment médullaire et confirmer le résultat obtenu par le premier mode expérimental.

Inutile de dire que les animaux étaient ensuite soigneusement disséqués, afin de spécifier nettement le résultat de l'expérience.

Voici le résumé de ces expériences :

Exp. I. *Chatte adulte.* — Phénomènes oculo-pupillaires obtenus par l'excitation de la racine antérieure de la VIII^me^ cervicale, I^re^ et II^me^ dorsales. (Faite avec le D^r^ Binet).

28 octobre 1885. L'animal est curarisé ; on fait la respiration artificielle. La moelle cervico-dorsale découverte et les méninges rachidiennes sectionnées et écartées, on pratique des sections transversales de la moelle successives qui, comme le montre l'autopsie, ont été faites : 1° Au-dessus de la VI^me^ ; 2° entre la VI^me^ et VII^me^ cervicales ; 3° au-dessous de la VIII^me^ ; 4° entre la I^re^ et II^me^ dorsales.

On constate : Les segments comprenant la première dorsale et celui qui comprend la II^me^ dorsale dilatent vivement la pupille, l'œil est projeté en avant.

Le segment comprenant les VII^me^ et VIII^me^ cervicales dilate les pupilles moins cependant que les précédents. En excitant l'une après l'autre les racines antérieures de ces racines après avoir relevé le segment médullaire détaché de haut en bas, on constate que l'excitation de la racine

droite VIII^me^ reste attachée à la moelle et par conséquent facile à isoler sur les électrodes, dilate la pupille droite. Cette racine ne tarde pas à se déchirer et l'on constate alors, après l'ablation totale du segment médullaire, que la racine antérieure VIII^me^ cervicale, dilate la pupille et projette le globe de l'œil ; et que l'excitation de la VII^me^ reste sans effet.

Le segment contenant la VI^me^ cervicale électrisé ainsi que sa racine antérieure isolée et électrisée directement ne produisent aucun effet sur l'iris et sur l'œil droit correspondant.

En résumé, dilatation de l'iris par excitation de la racine antérieure de la VIII^me^ cervicale et des I^re^ et II^me^ racines dorsales.

Exp. II (Faite avec le Dr P. Binet).

Jeune chat. — 11 novembre 1885. L'animal est chloralisé au moyen d'une injection intra-veineuse de 5 grammes de solution de chloral au $^1/_{10}$. La moelle cervicale et dorsale supérieure mise à nu et découverte de ses méninges est excitée et dilate la pupille.

Des sections transversales sont successivement faites comme dans l'expérience précédente. En électrisant soit les segments médullaires, soit directement les racines antérieures, on constate :

L'électrisation des racines antérieures des VI^me^ et VII^me^ cervicales reste sans action sur les pupilles.

La racine antérieure de la VIII^me^ cervicale et celle des I^re^ et II^me^ dorsales dilatent l'iris correspondant.

En résumé, c'est la VIII^me^ paire cervicale qui est la paire la plus élevée qui agisse sur l'iris.

Exp. III (Faite avec le Dr P. Binet).

Chatte adulte. — 19 novembre 1885. Chloralisée par l'injection intra-veineuse de 10 grammes de solution au $^1/_{10}$. La moelle cervico-dorsale dénudée et électrisée comme dans les expériences précédentes, on constate :

Les I^re^ et II^me^ dorsales dilatent l'iris et projettent l'œil en avant.

Les VIII^mes^ cervicales et VII^mes^ cervicales restent sans effet sur l'œil.

Exp. IV (Faite avec le Dr P. Binet).

Chatte adulte. — 30 septembre 1885. Curarisée. La moelle découverte, on constate que son électrisation produit les phénomènes oculo-pupillaires habituels.

Des sections transversales sont faites à diverses hauteurs et l'on constate :

1° Pas de dilatation par électrisation de la VIII^me^ cervicale.

2° Dilatation douteuse par excitation de la I^re^ dorsale.

3° Les II^me^ et III^me^ dorsales réagissent énergiquement sur l'iris.

4° La IV^me^ dorsale électrisée reste sans effet sur l'iris.

Exp. V (Faite avec le Dr P. Binet).

Chat adulte. — 6 avril 1886. L'animal est éthérisé puis curarisé. La moelle cervico-dorsale découverte, on fait une section transversale qui tombe, comme le prouve l'autopsie, entre la VIIIme cervicale et la Ire dorsale.

L'électrisation du segment supérieur ainsi que celle de la VIIIme cervicale ne produisent aucun effet sur l'œil.

L'électrisation du segment inférieur et celle de la Ire dorsale dilatent l'iris et projettent l'œil en avant. Cet effet se produit identique à droite et à gauche.

Une section transversale faite entre les IIme et IIIme dorsales ne modifient pas le phénomène.

Exp. VI (Faite avec le Dr P. Binet).

Lapin femelle de 2400 gr. — 8 octobre 1885. L'animal est éthérisé puis curarisé.

La moelle est dénudée, des sections transversales sont faites à diverses hauteurs comme dans les expériences précédentes, on constate :

1° La VIIIme cervicale ne produit aucun effet sur l'iris.

2° La Ire dorsale électrisée ne produit pas de dilatation de l'iris.

3° La IIme dorsale électrisée dilate l'iris.

4° La IIIme dorsale de même.

On voit qu'en résumé nos résultats n'ont pas toujours été identiques. Chez deux chats, l'électrisation de la 8me cervicale a produit des phénomènes oculo-pupillaires bien nets, tandis que chez trois autres ainsi que chez un lapin, cette paire est restée sans effet sur l'œil. Ce sont les 1re, 2me et 3me dorsales qui ont agi le plus énergiquement sur l'œil. Nous avons ajouté d'autre part que nous n'avons jamais pu constater ce phénomène oculo-pupillaire par l'excitation de la 7me paire cervicale, ce qui semble contraire aux résultats de M. Franck, qui signale des phénomènes oculo-pupillaires obtenus souvent par l'excitation des rami-communicantes des 7me, 6me et même 5me paires cervicales. Nos résultats cadrent mieux avec ceux de Bernard et de Mlle Klumpke. Mais il est permis de se demander si la distribution et l'origine des nerfs oculo-pupillaires n'est pas sujette à de certaines variétés. Féré, comme je l'ai dit, signale des différences dans la distribution des branches du plexus brachial, qui pourraient exister de même dans la distribution des rameaux du sympathique.

Cl. Bernard avait, à juste titre, insisté sur ce que ses conclusions ne se rapportaient qu'au chien ; le chat paraît offrir quel-

quefois des fibres oculo-pupillaires à un niveau médul
périeur, quand on le compare au chien et au lapin.

Les observations cliniques gagnent donc, au point d
l'homme, une importance plus grande, et les fai
breux observés sur l'homme et relatés dans le mén
Mlle Klumpke n'en offrent que plus de valeur.

J'ajouterai en terminant que M. Dufourt a récemme
dans le *Lyon médical* une observation de paralysie ra
supérieure *type Duchenne-Erb*, qui offrit en résumé l
tômes suivants : paralysie avec atrophie, portant es
ment sur les muscles deltoïde, biceps, brachial antéri
supinateur et accessoirement sur le court supinateur.
épineux et le grand dentelé; perte absolue de la con
faradique; réaction de dégénérescence pour la contract
vanique; retard et diminution de la réaction sudorale
l'emploi de la pilocarpine); pas de trouble de la sensibi
une douleur à la pression au point de Erb.

La modification de la sécrétion sudorale est un symp
n'a pas, je le crois, attiré l'attention d'autres observa
qu'il serait intéressant d'étudier dans d'autres cas ana

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ FRIBOURGEOISE DE MÉDECIN

Séance du 16 janvier 1886 à Fribourg.

Présidence de M. le Dr Cuony, président.

Pour se conformer aux statuts il est procédé au renouvel
bureau :

Sont nommés : M. le Dr *Cuony* à Fribourg, président; M. l
à Fribourg, vice-président-caissier; M. le Dr *Weck* à Fribourg, secrétaire.

M. Castella, président sortant, remercie dans un charmant petit discours, la Société de l'honneur et de la confiance qu'elle lui a témoigné pendant ces deux dernières années.

Compte rendu des maladies régnantes.

MM. Buman, Favre, Pierre Gremaud, Louis Gremaud, Cuony, Weck

à Fribourg ont tous observé pendant ce dernier trimestre une épidémie de coqueluche qui, sans être meurtrière, a cependant atteint un nombre assez considérable d'enfants. Viennent ensuite par ordre de fréquence : les rhumatismes articulaires et musculaires, les névralgies, les angines, un assez grand nombre de laryngites et pharyngites, puis les bronchites, les pneumonies et les pleurésies. Un cas de croup a été observé en ville : l'enfant fut opéré et mourut d'hémorragie foudroyante 62 heures après l'opération.

M. Favre a vu un cas de scarlatine en ville et M. Weck en a observé quatre cas à Belfaux dans la même maison.

MM. Badoud et Weissembach à Romont signalent tous deux une épidémie passagère de diphtérie à Romont et Siviriez, ainsi que quelques cas isolés dans d'autres villages.

M. Crausaz à Rue a observé quatre cas de croup suivis de mort rapide, et plusieurs cas de chorée.

MM. Bisig, Pegaitaz et Remy à Bulle ont observé aussi quelques cas de diphtérie dans la Gruyère et quelques parties de la Veveyse, puis un assez grand nombre d'angines, de pneumonies, pleurésies, bronchites et rhumatismes, quelques cas sporadiques de fièvre typhoïde.

M. Repond à Marsens signale un cas de fièvre puerpérale.

M. Perrin à Semsales a observé la diphtérie qui a fait de nombreuses victimes, et quatre cas de chorée dont deux dans la même maison, puis des affections des voies respiratoires et des catarrhes intestinaux, enfin un assez grand nombre de névralgies.

M. Stock à Morat a observé plusieurs cas de pneumonie et de rhumatisme, surtout de lumbago. Il a soigné en outre quelques cas d'influenza très graves et un certain nombre d'angines tonsillaires. La coqueluche commence à se montrer sur le plateau au-dessus de Morat.

M. Neiss à Payerne signale surtout les affections des voies respiratoires; depuis le mois de novembre la coqueluche est devenue assez fréquente.

Travaux obligatoires.

M. Perrin lit son travail intitulé : *Un cas de scarlatine avec complications*. Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, choréique, qui fut atteinte de scarlatine et qui succomba à une insuffisance mitrale.

M. Repond fait remarquer que dans les cas de chorée on a observé souvent un épaississement du ventricule gauche.

M. Favre. Tous les auteurs indiquent la coïncidence de l'endocardite avec la chorée.

M. Badoud a observé un cas de rhumatisme articulaire aigu suivi d'endocardite, puis de chorée.

M. Bisig signale le cas de deux jeunes garçons qui allaient tous les jours de l'été prendre des bains de rivière ; ils tombèrent malades un beau jour en revenant du bain, puis la chorée se déclara chez tous les

deux ; on ne put constater de lésions cardiaques ni chez l'un, ni chez l'autre.

M. Remy lit son travail obligatoire : *Statistique de la mortalité et de ses causes pour la ville de Bulle pendant ces dix dernières années.*

D'après ce travail la moyenne de la vie pour les habitants de Bulle serait 35 ans $^{9}/_{10}$: c'est la première enfance qui paie le plus large tribut à la mort. Si l'on classe les maladies dans l'ordre où elles ont produit le plus grand nombre de décès, on a : 1° Les affections des organes de la respiration ; 2° celles des organes de la circulation ; 3° celles des viscères abdominaux ; 4° celles du système nerveux.

Communications individuelles.

M. Buman a observé un cas de *déviation de la menstruation* chez une femme qui était atteinte d'un anthrax au bas-ventre : les parties nécrosées éliminées, les règles que la malade attendait ne parurent point, mais il y eut à leur place pendant trois jours une hémorragie assez abondante par la solution de continuité de l'anthrax.

M. Remy a été appelé dernièrement chez une personne de 38 ans qui lui montra sur l'un des côtés du cou au niveau du corps thyroïde, une tumeur apparue pour ainsi dire subitement et qui grossissait rapidement. L'apparition de cette tumeur coïncidait avec l'apparition des règles, mais la malade qui, à chaque menstruation, avait des épistaxis, n'en eut pas cette fois-ci. On doit admettre qu'il se fit dans un des lobes du corps thyroïde une hémorragie spontanée, qui se guérit d'elle-même.

M. Pégaitaz esquisse à grands traits un cas assez rare et intéressant : c'est celui d'un enfant âgé de 3 ½ ans atteint de *pneumonie compliquée dès le début de néphrite parenchymateuse hémorragique* et plus tard d'*anurie*. Les points principaux à relever dans ce cas sont : 1° La concomitance de la pneumonie avec une néphrite parenchymateuse hémorragique. — 2° La suppression de la sécrétion d'un rein pendant 73 heures et de l'autre pendant 100 heures et la possibilité de le constater. — 3° L'absence de symptômes graves d'urémie pendant l'anurie. L'enfant guérit.

M. Repond a observé un cas de *hernie inguinale oblique* externe ou indirecte, *devenue directe* sous l'influence de la poussée intestinale, le trajet qu'elle suivait habituellement n'étant nullement oblitéré. Le malade mourut et M. Repond put obtenir d'en faire l'autopsie, chose plus que rare à la campagne.

M. Weck présente à la Société un homme de 34 ans auquel il a fait la *résection du genou droit* atteint d'arthrite fongueuse : la réunion des deux surfaces osseuses est parfaite et le raccourcissement mesure 6 centimètres. Pansement au bismuth d'après M. le Prof. Kocher de Berne.

La séance est levée.

Le Secrétaire : Dr Weck.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1886.

Présidence de M. Morax, président.

27 membres présents.

Le président communique à la Société les propositions de la *Société médicale de Genève* relativement à la date de la séance d'automne de la *Société médicale de la Suisse romande*. Ces propositions sont acceptées.

M. Bugnion présente Marguerite Becker, jeune *microcéphale* fort extraordinaire (paraîtra dans la *Revue*).

M. Dufour demande si on a essayé sur cette jeune fille les effets du thé, du café, de l'alcool, du chloroforme.

Le père de la malade répond que sa fille n'a jamais été chloroformée ; elle ne prend ni thé, ni café et seulement quelquefois un peu de bière.

M. de Cérenville demande à M. Bugnion s'il se souvient de deux enfants du village de Bremblens qui ont subi le traitement de la gale à l'hôpital il y a 14 ans. Ces deux enfants, un garçon et une fille, étaient alors âgés de 7 et 8 ans ; ils étaient tous les deux microcéphales quoique à un moindre degré que la malade présentée aujourd'hui ; leur attitude et leurs gestes étaient en revanche beaucoup plus simiens que ceux de la jeune Becker. Ces enfants ont été examinés par M. Aug. Forel et par M. Bugnion qui en ont pris des photographies.

M. Bugnion se souvient de ces deux enfants et regrette de n'avoir pas apporté leurs photographies ; il ne sait pas ce qu'ils sont devenus.

M. Morax cherchera à obtenir des renseignements sur ces deux malades.

M. Widmer a vu quelquefois la jeune fille en question en passant à Bremblens.

M. Joel parle des soi-disant *aztèques* qui ont été exhibés à Paris il y a quelques années et émet l'opinion qu'ils avaient été rendus microcéphales artificiellement.

M. Bugnion répond qu'on croit généralement aujourd'hui que les aztèques montrés à Paris étaient naturellement microcéphales. Les crânes déformés artificiellement ne sont atrophiés que dans un diamètre et présentent des dimensions exagérées dans les autres. On peut constater ce fait sur des crânes déformés trouvés près de Saint-Prex et datant probablement des Huns. Les Romains les appelaient macrocéphales.

M. Joel estime que les crânes trouvés dans notre pays sont plutôt des crânes de Berbères venus avec les Maures. Un de ces crânes trouvé près de Cheseaux doit être actuellement au musée Troyon.

M. Loewenthal parle d'un jeune garçon décrit par Krause en 1877 ; il n'était nullement microcéphale, mais tout à fait simien dans sa marche, ses gestes et ses attitudes. Le poids de l'encéphale n'était pas inférieur au

moyen ; les circonvolutions étaient assez bien développées, mai
taient des caractères simiens très marqués.

Muller dit qu'il y a à Romainmotier une jeune fille de 22 ans res
nt d'une façon frappante à Marguerite Becker. Elle présente quel
des signes passagers d'aliénation mentale.

E Cérenville lit quelques pages d'un travail sur les *indication*
résection costale (paraîtra dans la *Revue*).

Rapin présente un nouveau-né, âgé de 8 jours, du sexe masculi
s *os pariétaux* portent chacun une *lacune* dans un endroit inusité
eux lacunes sont placées symétriquement à deux centimètres e
et en dedans de la bosse pariétale. L'ouverture gauche est à pe
rculaire et mesure environ un centimètre de diamètre ; les bords d
nt très nets et non déchiquetés ; le doigt posé dessus permet de sen
nettement les battements du cerveau et, si l'enfant crie, la mem
fibreuse qui ferme cette ouverture se tend comme les fontanelles e
ures. A droite le trou affecte la forme d'un triangle dont la base, d
ntimètre, est tournée du côté de la bosse pariétale, tandis que l'angl
egarde la suture coronaire droite ; il a deux centimètres enviro
a plus grande longueur. Après la naissance on y sentait très nette
les battements du cerveau, mais maintenant cette ouverture es
erte d'une mince lame osseuse flexible, donnant à la pression d
a sensation de la crépitation du parchemin. Cette lame n'est cepen
as assez épaisse pour empêcher de percevoir nettement les bord
du trou. La peau qui recouvre ces ouvertures ne présente rie
mal. La mère de cet enfant est une primipare âgée de 29 ans qu
ha dans le service de la Maternité le 27 février. Elle a toujours é
ne santé et n'a jamais présenté de symptômes de rachitisme ou d
es.

Rapin n'a jamais observé jusqu'ici de cas semblable et ne peut pa
r d'explication sur la formation de ces lacunes osseuses qu'on n
onfondre ni avec un céphalhématome double, ni avec des infrac
lues à un travail difficile.

Roux a vu plusieurs crânes présentant des ouvertures semblables
décrites par M. Rapin. La substance osseuse était remplacée pa
embrane conjonctive qui finissait par s'ossifier.

Rapin présente ensuite un *nouveau modèle* de *biberon*[1] compos
lacon de verre de la contenance de 250 grammes, portant sur l
ne petite tubulure destinée à laisser pénétrer l'air pendant la suc
On peut fermer celle-ci avec un petit bouchon de caoutchouc. L
, situé dans l'axe du flacon, est assez large pour permettre le net
avec une brosse à bouteilles ordinaire ou un chiffon adapté a
'une baguette ; on peut atteindre ainsi toutes les parois du flacon

[1] biberon du Dr Rapin est en vente chez M. J. Willgradter, bandagiste à Lau

Il porte une graduation de 50 en 50 grammes. Sa face postérieure est aplatie de façon à ce que le biberon puisse être posé sur cette face sans que le liquide s'écoule même quand il est rempli. Le goulot est destiné à recevoir une tétine ordinaire en caoutchouc.

Les avantages principaux de ce biberon sont les suivants :

1° Une grande simplicité rendant le nettoyage très facile tandis qu'il est impossible avec les biberons à tuyaux.

2° L'absence de tout mécanisme compliqué et de tout ajustage de liège, de bois, d'os et d'ivoire, substances s'imprégnant toujours en très peu de temps de lait qui s'aigrit et agit comme ferment sur les aliments introduits dans le biberon.

3° Un avantage peu apparent, mais peut-être le plus important de cet appareil, c'est d'obliger la personne qui soigne l'enfant à surveiller son alimentation au lieu de le laisser prendre son repas lui-même.

4° Enfin l'enfant ne s'épuise pas en vains efforts comme avec les biberons sans tuyaux, car l'air peut entrer librement par la tubulure latérale à mesure que le nourrisson tette. On peut même régler à volonté l'arrivée du lait dans la bouche de l'enfant en fermant cette ouverture avec le doigt si l'enfant mange trop vite ou en ne laissant entrer que très peu d'air.

Aucun autre biberon ne permet ce réglage aussi commodément.

Les biberons qui ont une ouverture latérale permettant l'entrée de l'air pendant la succion sont surtout répandus en Angleterre, mais leur forme les rend peu pratiques ; ils sont impossibles à nettoyer, le bouchon de liège persiste, la tétine souvent en verre, comme dans le biberon de Smellie, est anfractueuse et difficile à maintenir propre.

Le Secrétaire : Dr H. Burnier.

BIBLIOGRAPHIE

S. Warynski. Sur la production artificielle des monstres à cœur double chez les poulets. *Thèse de Genève*, 1886, et *Recueil zoologique suisse*, t. III, n° 2.

L'auteur étudie successivement dans cet intéressant travail : 1° le développement normal du cœur chez le poulet ; 2° la production artificielle des monstres à cœur double et les complications les plus fréquentes qui se combinent avec cette monstruosité ; 3° la loi qui régit la constance des formes embryonnaires et sa vérification expérimentale. Il expose le résultat des expériences qu'il a entreprises sur ce sujet dans le laboratoire d'embryogénie de l'Université de Genève, et termine par les conclusions suivantes :

« 1° Il résulte de nos expériences que la dualité du cœur chez les

embryons de poulet peut être obtenue expérimentalement par l'ar le développement des parties dans lesquelles la réunion a lieu, a expérimentalement, peut être obtenu par la compression au moy scalpel, mais qui, dans les cas ordinaires, doit se faire par la coq l'œuf. Cette compression ne peut jamais être localisée: elle interes la plupart des cas l'extrémité céphalique, ce qui explique la coml fréquente de la dualité du cœur avec d'autres formes tératologiq n'est que dans des cas rares que la compression étant de courte d laisse pas de traces de son action sur l'extrémité céphalique déjà s ment résistante, et c'est seulement alors que la dualité du cœ isolée.

« 2° La fermeture de la gouttière pharyngienne et la reun blastèmes cardiaques sont des faits concomitants, mais indépenda de l'autre. La réunion de la gouttière pharyngienne paraît êtr rieure à la réunion des blastèmes cardiaques.

« 3° Les courbures normales du corps sont sous la dépendan rapidité de croissance inégalement répartie sur les différentes pa blastème embryonnaire. L'arrêt de développement du prosén empêche la flexion crânienne; celui de la partie postérieure et i du tronc a pour conséquence l'absence de la rotation autour d vertical. La compression médiane de tout le corps de l'embryon e les courbures du corps de s'effectuer.

« 4° L'arrêt dans le développement d'une partie déterminée d bryon est suivie d'une exagération dans la croissance de la pa blastème embryonnaire qui suit immédiatement la partie lésée d intensité de croissance.

« 5° Les modifications dans les caractères physiques de l'amn peuvent s'observer dans certains types tératologiques sont sous l'in des causes générales qui modifient l'ensemble de l'embryon; cett brane est la moins susceptible d'être modifiée et ne l'est qu'en lieu La destruction des deux extrémités de l'embryon, avant le d pement de l'amnios, ne l'empêche pas de se développer et d'affect le corps modifié des rapports normaux.

« 6° Le refroidissement de l'œuf couvé favorise le rapprochem jaune d'œuf de la coquille et consécutivement la compression du b embryonnaire par cette dernière. » C. I

—

Lewis Sayre, prof. à New-York. — Vorlesungen über orthopädisc rurgie und Gelenk-Krankheiten. (Leçons sur la chirurgie ortho et les maladies des articulations) traduction allemande par le Dr E assistant à la policlinique chir. de Berne, Wiesbaden 1886, Ber

Cette traduction, sans s'adresser aussi directement aux lecteurs de l *médicale* qu'à ceux de langue allemande, doit cependant être la bie pour la plupart d'entre eux, la langue allemande leur étant beauco

familière que l'anglaise. Dans le cas particulier il est à remarquer que le traducteur a réussi à donner à son style un cachet de clarté et de concision qui en rend la lecture agréable et facile, même pour ceux à qui la langue allemande ne serait pas très familière. Fort de 400 pages environ, ce volume offre une matière abondante, nettement distribuée et illustrée de 265 figures très démonstratives. En somme traduction bien réussie !

Quant à l'œuvre même du prof. Sayre, elle brille par ces qualités essentiellement américaines, qui s'appellent clarté, simplicité, sens pratique, invention. Pas de grandes théories, pas de vaines discussions, mais les déductions naturelles de l'observation scientifique et surtout de la meilleure de toutes, l'observation personnelle. S'adressant à ses disciples sous forme de leçons cliniques, l'auteur cherche à leur inculquer ce zèle d'investigation et cette sûreté d'observation qui mènent au diagnostic exact et par suite au traitement rationnel ; et, profitant du matériel abondant de sa pratique hospitalière et privée, il leur fait toucher du doigt les preuves vivantes de son enseignement. « Je n'aurai pas le loisir, dit-il, de « m'abandonner à d'infructueuses hypothèses ! C'est pourquoi je m'efforcerai de faire des leçons brèves et précises et de les rendre pratiques au « plus haut degré. Je les illustrerai par des cas..... qui formeront pour « vous des critères infaillibles et vous permettront d'apprécier si les principes que j'enseigne sont justes ou non..... Oubliez mes théories, d'autres vous les présenteront sans doute avec plus de talent que moi, mais « ne négligez aucun cas pratique, la perte pourrait en être irréparable !... « S'il m'arrive de vous exposer une théorie que je ne puisse prouver par « la démonstration de cas palpables, vous serez parfaitement en droit de « ne pas attacher d'autre importance à mon dire. » Cette dernière phrase donne une idée bien exacte de l'esprit qui a présidé à l'œuvre de Sayre.

C'est avec cette clarté de vues et d'exposition que le professeur de New-York fait parcourir à ses élèves les chapitres les plus importants de l'orthopédie : Malformations (bec de lièvre, gueule de loup, spina bifida, ectopie de la vessie, etc.), difformités congénitales ou acquises (pieds bots, déformations de la colonne vertébrale, etc.), affections articulaires, ankylose ; difformités consécutives aux paralysies et autres.

Dans chacun de ces chapitres, on trouve quelque idée originale, quelque vue nouvelle qui modifie plus ou moins les préceptes généralement adoptés en pareille matière, tant au point de vue théorique que pratique. Pour ne citer qu'un exemple, Sayre professe sur la coxalgie une opinion qui trouvera certainement des contradicteurs. Pour lui cette affection dépend le plus souvent d'un traumatisme et non d'une maladie constitutionnelle, comme la scrofulose ; la cachexie des coxalgiques n'est pas une cause, c'est une conséquence. Ses recherches paraissent lui prouver que dans 75 % des cas, la coxalgie atteint des enfants vigoureux qui s'exposent plus que d'autres aux traumatismes par leurs jeux et leurs exercices violents.

On le voit, le prof. Sayre ne suit pas les chemins battus et ne se contente pas de théories sans consistance. Il est convaincu de ce qu'il avance, il croit parce qu'il a vu et, ce qui mieux est pour ses lecteurs, il les persuade par l'évidence même des faits qu'il met sous leurs yeux. — « Ne jurez pas sur la parole du maître, dit-il, mais tirez de la démonstration qui l'accompagne une conviction propre et réfléchie qui se rende un compte exact de la valeur des principes posés. » On ne saurait mieux dire.

Dr A. Jeanneret.

—

J. Dejerine. L'hérédité dans les maladies du système nerveux. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

« La notion du milieu dans lequel vit l'individu, dit l'auteur dans sa préface, joue un rôle important dans la façon dont se comporte et réagit son organisme vis-à-vis des influences extérieures; mais dans la grande majorité des cas le facteur du milieu est subordonné à un autre bien plus important, à celui de l'hérédité..... Montrer le rôle immense que joue l'hérédité dans les différentes maladies du système nerveux, rechercher si la plupart ne dérivent point d'une souche commune et ne sont point des variantes d'un même type d'origine ancestrale, tel est le but du présent travail. »

Passant en revue dans des chapitres distincts : L'hérédité dans les maladies du système nerveux sans lésions actuellement appréciables (psychoses et névroses). — L'hérédité dans les affections du système nerveux avec lésions anatomiques. — L'hérédité nerveuse au cours des maladies infectieuses et des intoxications —, l'auteur montre les relations qui existent souvent entre des maladies qui ne paraissent pas au premier abord dériver les unes des autres. Grâce à l'hérédité nerveuse on voit se développer chez certains malades ainsi prédisposés des affections dont l'évolution demande un terrain préparé, ce terrain l'est essentiellement par l'hérédité. L'hérédité n'est pas toujours similaire. Les affections nerveuses qui paraissent dissemblables au premier abord offrent cependant une analogie dans la prédisposition acquise par une hérédité non similaire.

De nombreux tableaux tirés de divers auteurs, auxquels M. Dejerine ajoute des tableaux originaux et non édités soit personnels, soit dus à d'autres observateurs, illustrent cette thèse et démontrent l'influence directe ou indirecte des diverses maladies du système nerveux. Une riche bibliographie, scrupuleusement analysée et commentée fait de ce travail une œuvre qui résume l'état actuel de cette question si importante, et cependant encore si obscure en bien des points.

« Nous ignorons encore, dit M. Dejerine dans ses conclusions, le *com-*
« *ment* de la transformation des différentes affections nerveuses les unes
« dans les autres, nous ignorons encore le *pourquoi* de cette transforma-
« tion. Mais si nous ne connaissons point les causes de ces mutations
« diverses — connaissant l'influence désastreuse de l'hérédité convergente

« — nous pouvons nous demander si les affections du système nerveux « n'ont point une souche ancestrale commune, d'où elles dérivent toutes, « les psychoses comme les névroses, les affections « sine materia » « comme les affections avec substratum anatomique. »

C'est là surtout la thèse que s'est proposée l'auteur, cherchant à accumuler des faits qui permettent d'établir les relations qui peuvent exister entre les maladies matérielles du système nerveux et les antécédents névropathiques sine materia. Il est impossible de résumer ce travail de 293 pages que l'on consultera comme formant un riche et clair exposé de l'état actuel de cette question. J.-L. P.

—

G. Ballet. Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie. Thèse d'agrégation. Paris, 1886. F. Alcan.

Comme il le dit dans sa préface, l'auteur, pour résoudre la question qui lui est posée par le jury, ne pense pas devoir faire une histoire détaillée, documentaire de l'aphasie. Le titre de ce travail indique assez que le mécanisme de la faculté du langage et la pathogénie de ses altérations en doivent être le sujet exclusif.

Les premiers chapitres sont en conséquence une étude philosophique de la fonction du langage, de sa formation, de son développement. Il passe successivement en revue l'audition mentale, la vision mentale, l'articulation et l'écriture mentale ; les images et représentations motrices d'articulation, les images et représentations motrices graphiques.

Après avoir établi dans les cinq premiers chapitres qui forment la première partie de sa thèse, la physiologie normale du langage, l'auteur passe à l'étude de ses altérations ; il étudie les diverses formes de l'aphasie : la surdité, la cécité verbale, l'aphasie motrice, l'agraphie, etc., bref, les différentes formes que, dans l'état actuel de la science, on a décrites sous le nom d'aphasie. Il en fait ensuite l'anatomie pathologique dans un chapitre spécial dans lequel il discute le siège et la nature des diverses lésions productrices de l'aphasie et de ses formes. Enfin, il passe dans un dernier chapitre à des considérations relatives au diagnostic des diverses formes de l'aphasie.

En donnant un aperçu détaillé de l'état actuel de la science relativement à la question de l'aphasie, cette thèse nous montre combien de travaux et d'idées nouvelles se sont succédé sur cette question depuis le moment où Broca proposait en 1863 de localiser la fonction du langage en un point limité du cerveau. Depuis lors on a compris l'intime union qui existe entre la pathologie cérébrale et la psychologie, et ceux qui s'occupaient vaguement jusqu'alors des questions psychologiques commencent à comprendre qu'elles sont bien davantage du domaine des anatomistes, des physiologistes et des cliniciens. C'est là une donnée intéressante qui ressort de la lecture de cette thèse. J.-L. P.

VARIÉTÉS

CAISSE DE SECOURS POUR LES MÉDECINS SUISSES

Appel au corps médical suisse.

Chers amis.

Nous sommes certains d'être compris en répétant encore aujourd'hui notre appel au bon cœur et à l'honneur de nos confrères, et en rappelant que notre gérant, M. le Dr A. Baader, à Bâle, recevra pour 1886, les contributions, fortes ou faibles, anonymes ou avec indication de donateur. Le mode d'envoi préférable est celui du mandat postal.

La majorité des médecins et des Sociétés médicales a décidé la contribution libre, de préférence à la contribution obligatoire et cela pour des raisons psychologiques et politiques, parmi lesquelles la laxité des rapports qui relient nos sociétés médicales. Le caractère absolument libre de la contribution ne doit pas affranchir votre Commission de l'obligation de rappeler la Caisse de secours à chaque médecin en particulier. Les jours se succèdent, les travaux s'accumulent, et ce qui ne s'impose pas avec persévérance peut être facilement négligé ou oublié des confrères même les mieux intentionnés et les plus sympathiques à l'œuvre. C'est pourquoi, tous les printemps, nous viendrons vous demander votre cotisation, sans laquelle la Caisse ne peut subsister.

Il existe au milieu de notre profession bien des misères qui échappent à celui dont la situation est prospère; ces misères qui restent cachées dans l'ombre, nous devons les soulager à temps, généreusement, dans la mesure du possible, et sans blesser personne.

MM. les présidents des sociétés médicales cantonales sont priés en conséquence de recevoir les demandes ou propositions tendant à l'assistance de confrères dans le besoin, de recueillir les renseignements nécessaires sur leur situation et leurs personnes, et de les transmettre, autant que possible en mai, à la Commission médicale suisse. Celle-ci délibérera sur ces demandes et agira dans la mesure du possible. Les noms des assistés et les sommes distribuées ne seront jamais livrés à la publicité.

Si nos institutions sanitaires suisses ne sont pas encore à la hauteur de celles de maint pays voisin, nous n'en désirons pas moins nous inspirer des bons exemples de nos confrères du dehors. C'est avec une cordiale salutation que nous adressons à tous les médecins suisses notre demande de contribution.

Queis meliori luto finxit præcordia Titan.

Le 25 mars 1886.

Au nom de la Commission médicale suisse :

Le Président : Dr Sonderegger.

Le Secrétaire : Prof. Dr A. Burckhardt-Merian.

Nous ajoutons, pour vous diriger, quelques renseignements sur les contributions reçues, en deux tableaux, et vous recommandons de faire un bon accueil à notre circulaire.

CANTONS	Nombre des participants.	Nombre des contributions.	RECETTES 1883	RECETTES 1884	RECETTES 1885	Première contribution.	Deuxième contribution.	Troisième contribution.	Quatrième contribution.	PARTICIPANTS A LA 1re contrib.	PARTICIPANTS A LA 2me contrib.	PARTICIPANTS A LA 3me contrib.	PARTICIPANTS A LA 4me contrib.	
			FR.	FR.	FR.	FR.	FR.	FR.	FR.					
Argovie	48	71	537	250	385	792	340	40	....	28	17	3	....	1172
Appenzell	11	14	60	20	[1] 180	230	30	....	....	8	3	....	....	260
Bâle-Ville	27	39	525	570	[2] 595	1430	190	70	....	18	6	3	....	1690
Bâle-Campagne	11	11	85	[3] 160	45	290	....	....	....	11	....	....	....	290
Berne	98	146	1357	[4] 670	920	2262	645	30	10	54	41	2	1	2947
Fribourg	13	17	85	70	90	185	60	....	....	9	4	....	....	245
Saint-Gall	49	68	650	115	[5] 840	1215	340	50	....	31	17	1	....	1605
Genève	13	21	155	110	220	265	160	60	....	7	4	2	....	485
Glaris	8	12	115	....	110	135	90	....	....	4	4	....	....	225
Grisons	33	52	10	290	385	440	255	20	....	15	17	1	....	685
Lucerne	34	53	380	160	275	530	235	50	....	19	11	4	....	815
Neuchâtel	19	27	143	....	300	353	80	10	....	12	6	1	....	443
Schaffhouse	8	10	70	....	55	110	15	....	....	6	2	....	....	125
Schwyts	6	9	40	30	20	60	20	10	....	4	1	1	....	90
Soleure	28	44	200	295	[6] 230	535	120	70	....	17	6	5	....	725
Tessin	30	34	....	142	[7] 163	282	23	....	....	26	4	....	....	305
Thurgovie	16	23	[8] 430	90	[8] 360	530	280	70	....	11	3	2	....	880
Unterwald	1	1	10	....	....	10	....	....	....	1	....	....	....	10
Uri	3	3	20	20	....	40	....	....	....	3	....	....	....	40
Valais	2	3	10	....	30	30	10	....	....	1	1	....	....	680
Vaud	24	28	205	80	395	560	80	40	....	21	2	1	....	40
Zoug	12	19	90	70	60	160	60	....	....	5	7	....	....	220
Zurich	100	134	1865	[9] 465	[10] 1713	3323	690	30	....	68	30	2	....	4043
Divers	7	8	530	100	2605	3210	25	....	....	6	1	....	....	3235
	601	847	7372	3707	9976	16947	3748	550	10	385	187	28	1	21253
			21255			21255				385	374	84	4	= 847 contributions.
										601 participants.				

[1] Soc. des méd. d'Appenzell des deux Rhodes. Fr. 100.
[2] Don occasionnel de quelques médecins bâlois. Fr. 30.
[3] Société cantonale. Fr. 100.
[4] Société cantonale. Fr. 500.
[5] Société médicale de Sargans-Werdenberg Fr. 100 (plus Mme Bischoff, Dr, 2800 fr voyez Divers).
[6] Société cantonale Fr. 100.
[7] Società med. della Svizzera italiana. Fr. 100.
[8] Werthbühlia 2 fois Fr. 140 = Fr. 280.
[9] Société médicale de l'Oberland. Fr. 80.
[10] Société cantonale. Fr. 500.

Sociétés.	Argovie.	Appenzell.	Bâle-Ville.	Bâle-Camp.	Berne.	Fribourg.	Saint-Gall.	Genève.	Glaris.	Grisons.	Lucerne.	Neuchâtel.	Schaffhouse.	Schwyts.	Soleure.	Tessin.	Thurgovie.	Unterwald.	Uri.	Valais.	Vaud.	Zoug.	Zurich.	Divers.		
1874	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1[1]		
75	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1[14]		
76	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..		
77	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..		
78.[16]	..	..	2	..	3	..	2	..	..	..	..	..	..	..	1	..	1	..	..	..	1	..	4	1[11]	120.—	[6] Société des médecins d'Appenzell des deux Rhodes.
79	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1[13]	2000.—	[7] Soc. des médecins de Bâle-Camp.
80	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	86.85	[8] Société cantonale de Soleure.
81	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	160.—	[9] Società medica della Svizzera italiana.
82	..	3	..	3	1	7	..	8	4	..	1	2	2	..	..	1	..	5	..	..	..	4	..	17	1[14]	2950.—	[10] Union médicale de Sargans-Werdenberg.
83	..	2	..	7	..	1	..	2	..	1	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	6	..	920.—	[11] M. le Dr Hess, au Caire.
84	..	1	1	4[15]	..	6	..	2	2	..	1	..	..	..	1	1	2	..	..	..	..	..	..	6	..	810.—	[12] Jubilé de Wurzbourg. Solde.
85	..	..	..	1	..	2	1	5	1	..	3	..	1	1	..	..	..	1	..	..	..	1	..	3	1[10]	525.—	[13] Société médicale de l'Oberland zurichois.
86	..	26	1	10	5	32	6	17	6	7	7	17	8	2	..	6	..	6	..	1	1	8	4	37	1[17]	4160.—	[14] M. le Prof. His, à Leipzig.
87	..	2	..	..	1	2	..	3	..	1	.	3	1	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	1	..	240.—	[15] Don occasionnel de quelques médecins bâlois.
88	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	12.—	[16] M. le Dr Hess, au Caire.
89	..	34	11	7	2	79	10	23	8	3	31	28	13	5	9	31	6	11	1	2	2	9	11	52	1[18]	3840.—	[17] Mme Werdmüller, Dr, Dombresson.
90	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	8.—	[18] M. Speich-Egger, à Glaris.
91	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	7.—	
92	..	2	..	1	1	12	..	5	..	..	8	2	1	2	..	3	20	3	..	..	..	2	3	3	..	340.—	
93	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	9.—	
94	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	6.—	
847	40	71	13	39	40	145	17	67	21	12	52	53	27	10	9	43	33	21	1	3	3	28	19	132	8	21255.—	

Troisième compte du 1er janvier au 31 décembre 1885.

RECETTES

		Nombre.	Fr. Ct.	Fr. Ct.
Solde du compte précédent				10.57
Contributions :				
Du canton d'Argovie		28	385.—	
De la Soc. médic. d'Appenzell des 2 Rhodes,	1 : 100	7	180.—	
Du canton d'Appenzell,	6 : 80			
Don occasionnel de quelques médecins bâlois,	1 : 30	19	595.—	
Du canton de Bâle-Ville,	18 : 565			
» Bâle-Campagne		4	45.—	
» Berne		67	920.—	
» Fribourg		6	90.—	
De la Soc. médicale de Sargans-Werdenberg,	1 : 100	32	840.— [1]	
Du canton de Saint-Gall,	31 : 740			
» Genève		11	220.—	
» Glaris		5	110.— [1]	
» des Grisons		28	385.—	
» de Lucerne		19	275.—	
» Neuchâtel		17	300.— [1]	
» Schaffhouse		5	55.—	
» Schwytz		2	20.—	
De la Soc. méd. cant. de Soleure,	1 : 100	11	230.—	
Du canton de Soleure,	10 : 130			
De la Soc. medicale della Svizzera italiana,	1 : 100	7	163.—	
Du canton du Tessin,	6 : 63			
De la Werthbühlia,	1 : 140	11	360	
Du canton de Thurgovie,	10 : 220			
» Vaud		19	395.—	
» Valais		2	30.—	
» Zug		7	60.—	
De la Soc. des méd. du canton de Zurich,	1 : 500	56	1713.—	
Du canton de Zurich,	55 : 1213			
Divers :				
Mme Dr Bischoff-Krömler, de St-Fiden,	1 : 2500			
M. le prof. His, à Leipzig,	1 : 50			
M. le Dr Hess, au Caire (IIme don),	1 : 25			
Mme Dr Werdmüller, à Dombresson,	1 : 25			
M. Speich-Egger, à Glaris,	1 : 10	5	2605.—	
		368		9,976.—
Intérêts perçus				550.75
Capitaux retirés				8,048.15
				18,585.47

[1] Voir *Divers*.

DÉPENSES

	Fr. Ct.	Fr. Ct.
Capitaux placés	17,858.05	
Paiements d'intérêts moratoires	29.30	
Commission, courtage, etc.	18.85	
Ports et affranchissement	50.79	
Impressions, registres, etc.	232.66	
Subvention à un confrère	200.—	
Solde à nouveau	195.82	18,585.47

ÉTAT DES CAPITAUX

ret de la Caisse d'épargne de Bâle, 4 %	Fr.	850.50
ret Caisse d'épargne de la Caisse hypothécaire Bâle-Campagne, 4 %	»	32.80
npte d'intérêts Banque de Bâle, 2 %	»	1,807.94
bligations de la Banque hypothécaire Bâle-Campagne, r. 1,000, 4 %	»	2,000.—
bligations de la Banque hypothécaire Bâle-Campagne, r. 500, 4 %	»	1,000.—
bligation Banque hypothécaire Bâle-Ville, 4 %	»	1,000.—
« Canton de Zurich, 4 %	»	1,000.—
» Ville de Genève, fr. 1,000, 4 %	»	3,000.—
» chemin de fer Jura-Berne, fr. 1,000, 4 %	«	3,000.—
» Nord-Est Suisse, fr. 500, 4 ½ %	»	3,000.—
» Gothard, fr. 1,000, 4 %	»	2,000.—
» » 4 %	»	500.—
» Canton de Neuchâtel, fr. 1,000, 4 %	»	2,000.—
de à nouveau	»	195.82
État de la fortune au 31 décembre 1885	Fr.	21,387.06
Id. au 31 décembre 1884	»	11,391.91
Accroissement en 1885	Fr.	9,995.15

es recettes réelles se divisent en :

Contributions	Fr.	9,976.—
Intérêts	»	550.75
	Fr.	10,526.75
es dépenses (voir ci-dessus 2 à 6) ont été de	»	531.60
'accroissement a donc été (augmentation de la fortune)	Fr.	9,995.15

Bâle, le 16 janvier 1886. *Le Trésorier :* A. Baader.

Rapport des Vérificateurs des comptes.

A M. le Dr Sonderegger, président de la commission médicale suisse,

Monsieur,

Les soussignés ont vérifié les comptes du troisième exercice de la Caisse de secours pour les médecins suisses. à l'exception des contributions de MM. les médecins, contrôlées par les accusés de réception publiés dans la *Corresp. Blatt für Schweizer Aerzte,* la *Revue médicale de la Suisse romande* et le *Bolletino medico*. Nous avons trouvé tout dans le meilleur ordre, et proposons, en conséquence, d'approuver la comptabilité de la troisième année, en joignant à cette approhation de vifs remerciements pour l'administrateur de la Caisse, M. le Dr Baader, qui a continué à lui consacrer une infatigable activité. Cela d'autant plus que la fortune de la Caisse a augmenté d'une façon réjouissante. La somme des contributions, de 3700 francs en 1884, s'est élevée l'année dernière à 7500 francs environ. Nous souhaitons à la Caisse de secours une série d'années aussi prospères.

Agréez, Monsieur, l'expression de notre considération la plus distinguée.

Bâle, 16 mars 1886.

Prof. Fr. Burckhardt. Dr Th. Lotz. Rud. Iselin.

Nomination. — Nous avons eu le plaisir d'apprendre que M. le Dr Dejerine, médecin des hôpitaux de Paris et ancien élève de l'Académie de Genève vient d'être nommé professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris à la suite d'un brillant concours.

—

Caisse de secours pour les médecins suisses. — Reçu en mars 1886 :

Argovie. — M. le Dr H. Deck (IVme don), 10 fr. (10 + 1312 = 1322).

Bâte-Ville. — Dr A. H. (IIIme don), 20 fr. (20 + 1870 = 1890).

Berne. — Drs J.-J. Kummer (IVme don), 10 fr. de Sp. (Waldau) (IIIme don), 20 fr. (30 + 2977 = 3007).

Schwytz. — Dr Kälin, 10 fr. (10 + 90 = 100).

Vaud. — Dr Chs Marcel, 30 fr. (30 + 680 = 710).

Total : 100 + 21,255 des listes précédentes = 21,355 fr.

Bâle, 1er avril 1886. *Le Trésorier :* A. Baader.

—

OUVRAGES REÇUS. — H. Schafier. Études clin. sur les mal. des femmes, in-8o. Paris 1886, Steinheil.

G. Haltenhoff. 4me Rap. sur la clin. ophtal. du Molard. Genève, 1886, H. Georg.

A. Schott. Zur Therapie der chronischen Herzkrankheiten. Ext. de la *Berl. klin. Woch.* 1885, no 33 Berlin, Schumacher.

Ehrlich et Laquer. Ueber continuirliche Thallinzuführung und deren Wirkung in Abdominaltyphus. *Berl. klin. Woch.* 1885, no 51.

Ch.-W. Dulles. A new bandage for fixation of the humerus and skoulder-girdle. *Med. News* 29 Aug. 1885.

Le même. Comments on Pasteur's methode of treating hydrophohia. *Med. Record,* 13 fèv. 1886.

Forel Rechenschaftsbericht über die zürcherische Kantonale Irrenanstalt Burghölzli für 1883.

E.-O. Shakespeare. Epid. of typhoïd fever at Plymouth, Pensylvania. *Proceed. of the Philad. County med. Soc.* 13 mai 1885.

A. Robin. De la pyelonéphrite primitive, *Bull. et mém. de la Soc. med. des hôp. de Paris.*

[illegible]

[illegible]

[illegible]

BULLETIN DE STATISTIQUE MORTUAIRE ET ÉPIDÉMIQUE

Rédigé par le prof. P.-L. DUNANT

	ve (ex-Vice)	à Lausanne (la commune de)				à Fribourg (la commune de)			
	tants	32,222 habitants				11,904 habitants			
1888	MARS					MARS			
	Masc.	Fém.	Total	Mois précédent.	Masc.	Fém.	Total	Mois précédent.	Masc.	Fém.	Total	Mois précédent.
Variole	....	....	....	....	....	..1.	..1.	..3.	....	....	....	....
Rougeole	....	....	....	....	....	..1.	..1.	..4.	....	....	....	....
Scarlatine	....	...	....	....	..1.	..1.	..2.	..1.	....	....	....	....
Diphtérie, croup	..2.	....	..2.	..1.	..1.	..1.	..2.	..1.	..1.	....	..1.	....
Coqueluche	..1.	..5.	..6.	...	....	....	....	....	....	....	....	....
Erysipèle	..2.	....	..2.	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Fièvre typhoïde	..1.	..1.	..2.	..3.	....	....	....	....	....	....	....	....
Dysenterie	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Infection puerpérale	....	..2.	.2.	..2.	....	..1.	..1.	....	....	..1.	..1.	..1.
Autres infections	....	....	....	....	....	....	....	..1.	....	....	....	....
Phtisie pulmonaire	.23.	.18.	.36.	.18.	..4.	..2.	..6.	..6.	..6.	..5.	11.	..6.
Bronchite chronique	..2.	..5.	..7.	..6.	..1.	..2.	..3.	....	....	..1.	..1.	..1.
Bronchite aiguë	..2.	..8.	.10.	..3.	..2.	..3.	..5.	..1.	..1.	..2.	..3.	..1.
Pneumonie	.10.	..8.	.18.	..5.	..4.	.1.	..5.	..5.	..2.	..4.	..6.	..2.
Pleurésie et suites	..1.	....	..1.	....	..2.	....	..2.	....	....	....	....	....
Autres affect. respir.	..4.	..3.	..7.	..5.	..1.	..1.	..2.	..6.	....	....	....	..3.
Affections cardiaques	..9.	.18.	.27.	.17.	....	..4.	..4.	..3.	..4.	..2.	..6.	..2.
Autres circulatoires	..1.	....	..1.	....	....	..1.	..1.	..1.	....	....	....	....
Diarrhée, athrepsie	..6.	..6	.12.	.11.	..4.	..2.	..6.	..4.	....	....	....	..4.
Autres affect. digest.	..5.	..5.	.10.	..5.	..3.	..2.	..5.	..7.	..2.	..1.	..3.	..6.
Apoplexie	..6.	..2.	..8.	..5.	..2.	..4.	..6.	....	..1.	....	..1.	....
Autres affect. nerv.	..4.	..9.	.13.	.12.	..5.	..4.	..9.	..6.	..1.	....	..1.	..5.
Affect. génito-urinair.	..4.	..3.	..7.	..3.	..1.	..2.	..3.	..2.	....	..1.	..1.	..1.
Autres affections générales	..5.	..5.	.10.	..5.	..2.	..5.	..7.	..9.	....	....	....	....
Autres affections locales	..5.	..7.	.12.	.10.	..1.	..1.	..2.	..3.	....	....	....	..1.
Traumatisme	....	....	....	....	..1.	..1.	..2.	....	....	....	....	....
Mort violente	..1.	....	..1.	..2.	..1.	..1.	..2.	..1.	....	..1.	..1.	....
Causes non classées	..1.	..6.	..7.	..4.	..1.	..1.	..2.	..1.	..2.	..3.	..5.	..7.
TOTAL DES DÉCÈS	.95.	106.	201.	122.	.37.	.42.	.79.	.69.	.20.	.21.	.41.	.40.
dont dans les hôpitaux	.34.	.30.	.64.	.30.	.14.	.10.	.24.	.22.	..4.	..5.	..9.	..9.

R MALADIES INFECTIEUSES ET PRÉDOMINI

DANS QUELQUES AUTRES VILLES SUISSES

s les chiffres des Bulletins hebdomadaires du Bureau fédéral de statistique.

Du 28 février au 3 avril 1886 (5 semaines).

calculée 1er juillet 1886	Total des décès.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Fièvre typhoïde et typhus.	Infection puerpérale	Phtisie pulmonaire.	Affections respir. aiguës.
7,689	.279	32.	..5.	....	.10.	.11.	....	....	.37.	.42.
3,647	.135	....	....	....	..4.	..1.	....	....	.25.	.19.
3,601	.154	....	....	...	..2.	..2.	....	..1.	.34.	.28.
3,866	..66	....	....	....	..1.	..6.	....	....	..7.	..8.
4,097	..68	....	....	....	..2.	....	....	..2.	.10.	..6.
9,707	..51	....	....	....	....	..3.	....	....	..5.	..9.
3,891	. 34	....	....	....	....	..1.	..1.	....	..8.	..6.
5,935	..35	....	....	....	..2.	....	....	....	.11.	..4.
1,583	..46	....	....	....	..1.	....	..1.	..3.	..7.	.6.
3,628	..17	....	..1.	....	....	....	....	....	..3.	....
,,886	..28	..1.	....	....	..1.	....	....	....	..4.	..4.
),537	..22	...	....	....	....	....	....	..1.	..2.	..4.
3,280	[illegible]	.34.	..7.	..4.	.27.	.30.	..4.	..9.	208.	182.
entes	*1144*	*.19.*	*..7.*	*..3.*	*.28.*	*.24.*	*.10.*	*..7.*	*148.*	*124.*

Genève, Lausanne et Fribourg.

— N° 5. 15 MAI 1886.

REVUE MÉDICALE
SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des fractures du col du fémur, étudiées expérimentalement sur le cadavre,

Par Edmond Landy.

Nous exposons dans ce travail le résultat de quelques expériences que nous avons faites sur le cadavre, en vue d'étudier la résistance qu'offre le col du fémur aux fractures ; en vue aussi de nous rendre compte du genre de fracture qui se produit suivant la direction dans laquelle le choc fracturant a agi.

Qu'on nous pardonne les préliminaires anatomiques obligatoires ; nous serons aussi bref que possible.

L'extrémité supérieure du fémur comprend, comme l'on sait, trois régions.

1° *La région trochantérienne,* qui est en quelque sorte le prolongement terminal de l'os, avec le grand et le petit trochanter, entre lesquels naît le col du fémur.

2° *Le col du fémur,* proprement dit, qui a la forme d'un cône tronqué, inséré par sa base, à la région que nous venons de décrire et supportant par son autre extrémité la tête du fémur.

Le col est circonscrit à sa base en haut par le grand trochanter et la cavité digitale, en bas par le petit trochanter, en avant par la ligne rugueuse, en arrière par la crête inter-trochantérienne.

Sa face antérieure est large, presque plane, sa face postérieure, convexe de haut en bas, est concave de dehors en dedans. Son bord inférieur est oblique, mousse, son bord supé-

de la base du col à la tête d
ıc fortement aplati d'avant e
ıuteur comparée à sa largeur

.

ır moyenne du col est de 3 ½
émur a une direction oblique
xe forme avec cette dernière
s femmes de quelques degrés
obliquement de haut en bas,
en avant, de telle façon qu
ve au-dessous de la base d
vant de la ligne médiane, e
ous de l'endroit où la petite
nter se réunit à la grande f
hanter.
lu fémur, formant un peu plu
ırs le milieu de sa surface, la

parties osseuses comprennent
stance compacte, d'épaisseur
ant la partie que l'on considè
de *tissu spongieux,* dont les
fines lamelles osseuses.
ru jusqu'en 1867 que ces lam
étaient qu'un réseau à mail
ınance, sans valeur architect
tives de Reichert et Du Bois-
cture du tissu spongieux p
rich. Celui-ci, s'appuyant sur
os, faisait remarquer le prem
aos de lamelles osseuses, a
et parfaitement régulière. Il
ıe des figures schématiques ;
et convainquit peu de monde.
ıe Dr Julius Wolff, de Berlin
plus complète, et publia le ré
Archives de Virchow (Vol. L
a un intérêt tout spécial pour
lement de l'étude de la sub
érieure du col du fémur.
ger la description de l'archit

émité du fémur, je prierai le lecteur de vou-
yeux sur les figures 1 et 2, planche II, que
ail de Wolff. Il ne m'est malheureusement
oduire ici les magnifiques photographies de
ıstrent d'une manière remarquable les asser-

coupe longitudinale du fémur, on voit la
e, très épaisse vers le milieu de l'os, dimi-
ıesure que l'on s'élève, pour finir par dispa-

a lieu, pour le côté externe, à l'angle inféhanter; pour la face interne, arc d'Adam, on des adducteurs, à l'endroit où la tête ıdir, un peu au-dessous de la ligne épiphy-ınnaît la cicatrice jusque dans un âge très

successive de la substance compacte (l'ins-.tions osseuses et des photographies de Wolff ridence), est le résultat de la production sucosseuses, qui vont prendre part à la formaieux; aussi Wolff et Meyer sont-ils disposés
stance compacte comme étant le produit de
: lamelles du tissu spongieux.
-dessous du petit trochanter que commence
llaire du tissu spongieux qui remplit à partir
qu'offre la partie supérieure de l'os.
ıx se compose d'environ 50 lamelles osseuses
ırne de la substance compacte et d'à peu près
partant de la face externe de l'os.
ıns d'abord les lamelles du côté interne, nous
.) que les premières lamelles produites entre
ı côté du grand trochanter en restant pres
e elles et en formant un arc de voûte très

ıissant entre *b* et *c*, se comportent différemforme de faisceau se perdre dans la partie
d trochanter, dans le col et dans la partie
ıre de la tête du fémur. Les lamelles médiaɔont les plus divergentes, et se divisent pour

et partant de l'extrémité de l'arc d'Adam,

se développe encore un troisième système de lamelles, *c* à *d*, *très fortes,* disposées en éventail et qui s'avancent en haut et en dedans pour pénétrer dans la tête du fémur en coupant la ligne épiphysaire.

Les lamelles osseuses *du côté externe* s'avancent toutes vers le côté interne de l'os, sous forme de voûte à arc plus ou moins élevé.

Ici encore les lamelles du groupe du milieu, *B-C*, sont disposées en éventail et donnent des divisions secondaires.

Cette ordonnance admirable des lamelles du tissu spongieux frappa un homme de grand talent, M. Cullman, prof. à l'école polytechnique de Zurich, qui avait eu l'occasion de visiter avec le prof. Meyer les préparations dont celui-ci s'était servi pour son travail. M. Cullmann est le créateur d'un système, aujourd'hui classique, de calcul graphique de la résistance des ponts de fer. Il reconnut immédiatement que les lignes que suivent les lamelles du tissu spongieux des os, correspondent parfaitement aux lignes de résistance que donne le calcul. Il fit dessiner ces lignes à ses élèves pour les diverses figures, et c'est à lui que nous devons la fig. 2 (Pl. II), qui représente *une grue,* avec indication des lignes de résistance données par le calcul, dans la supposition d'un poids venant agir sur l'extrémité supérieure; c'est sur la partie supérieure de la tête du fémur que le corps pèse, en effet, dans la station comme dans la marche.

On verra immédiatement en comparant les fig. 1 et 2 que la courbe donnée par les lignes de force de la grue et la courbe des lamelles osseuses de la partie spongieuse du fémur, se correspondent parfaitement. Il suit de là que le col du fémur est construit de manière à offrir, à l'état normal, une résistance très considérable aux divers chocs qu'il peut recevoir.

Nous avons encore à considérer brièvement, ou point de vue anatomique, l'articulation coxo-fémorale, souvent intéressée, je dirai même toujours intéressée, dans les fractures du col. L'articulation coxo-fémorale est une enarthrose d'un type très pur, dans laquelle la tête du fémur, et la cavité cotyloïde, forment des surfaces régulièrement sphériques.

La cavité cotyloïde, beaucoup plus petite que la tête sur le squelette, est à l'état frais très agrandie et complétée par le bourrelet cotyloïdien. Elle arrive de cette façon à embrasser la tête entière.

articulation a, comme on le sait, un ligament interne, ent rond et une capsule fibreuse externe très solide, qui d'un côté, au pourtour du sourcil cotyloïdien, et de à la base du col. La partie extérieure de cette capsule plus, considérablement renforcée par le ligament de ou ligament en *Y* de Bigelow, qui est d'un intérêt capital pour les luxations du fémur.

Deux synoviales facilitent le glissement de l'articulation. Nous devons rapporter ici, d'une façon plus exacte, la manière dont la synoviale se comporte dans le voisinage de la base du col. Cette synoviale s'attache, du côté iliaque, à la face externe du bourrelet ou au sourcil cotyloïdien. Du côté du fémur elle s'attache : en avant à la base du col, à la ligne intertrochantérienne, en arrière à la réunion du tiers externe et des deux tiers interne de la face postérieure du col. Cependant, elle ne cesse pas là, mais se réfléchit et tapisse le col du fémur, en adhérant à son périoste, et ne cesse en réalité qu'au bord de la tête du fémur, là où commence le cartilage. Il en résulte donc un cul-de-sac qui, *en avant,* s'étend jusqu'à la base du col, à 3,5 cent. du cartilage de la tête, *en arrière* à 20 millimètres seulement.

De cette disposition de la synoviale résulte :

1° *Que toutes les fractures du col sont intracapsulaires en avant.*

2° *Qu'elles sont intracapsulaires en avant et en arrière, seulement lorsqu'elles intéressent ses* $^2/_3$ *internes.*

3° *Qu'une fracture intracapsulaire en avant peut être extracapsulaire en arrière, lorsqu'elle porte sur son* $^1/_3$ *externe.*

C'est cette manière d'être de la synoviale qui fait que dans ces derniers temps on a, presque d'une façon générale, rejeté avec Bigelow la dénomination de *fractures intra- et extracapsulaires,* toutes les fractures étant en réalité intracapsulaires (en avant), pour admettre ce qui à notre avis est beaucoup plus logique :

1° *Des fractures avec pénétration.*

2° *Des fractures sans pénétration.*

On pourrait à la rigueur admettre un type de fracture entièrement extracapsulaire, en supposant une ligne de fracture passant obliquement au travers du grand trochanter et allant du sommet de ce trochanter, en bas et en dedans, pour aboutir un peu au-dessus du petit trochanter à la base du col. (Voir Pl. IV, fig. 2.)

2° La forme aplatie et échancrée du col, et en particulier son échancrure au niveau de la tête.

3° La texture presque uniquement spongieuse de cette partie du fémur.

4° Sa position oblique par rapport à la diaphyse.

5° La position très découverte du grand trochanter en dehors, qui l'expose à de nombreux traumatismes.

6° La fixation toute spéciale de la tête par la cavité cotyloïde, qui ne permet en aucun cas à celle-ci d'éviter un choc.

Toutes ces causes ne nous expliquent pas absolument, toutefois, l'énorme différence que présentent les jeunes gens et les vieillards, quant à la résistance du col du fémur. Nous sommes obligés de recourir aux travaux plus récents de Robert, Streubel et Voillemier, pour trouver une manière de voir plus juste. Ces différents auteurs rapportent *tous* la fragilité du col à *l'ostéoporose progressive des dernières années de la vie.* Quant à la résistance souvent phénoménale du col dans la jeunesse, elle nous est suffisamment expliquée par les travaux de Meyer et de Wolff.

La résorption, la disparition des lamelles osseuses si bien ordonnées du tissu spongieux, ainsi que l'affaiblissement très considérable de la substance compacte, sont donc évidemment la principale cause de la fragilité toujours croissante du col. Une cause toute spéciale de cet affaiblissement réside dans l'amincissement, dans la disparition parfois complète chez les vieillards, de la lamelle de substance compacte qui s'avance à la partie inférieure du col, jusqu'aux confins de la tête et qui donne naissance au faisceau le plus important du système spongieux de la partie supérieure du col et de la tête.

Cette travée osseuse connue sous le nom d'*Arc d'Adam,* a été décrite à nouveau par un Américain, le Dr Merkel, sous le nom de *Calcar femoris*[1]. Le Dr Merkel signale en même temps, et pour la première fois, la disparition souvent complète de cette partie importante du col chez les personnes âgées.

Un grand nombre d'auteurs, chirurgiens et anatomistes, se sont occupés du col du fémur et de ses lésions, du mécanisme de ses fractures. Il nous sera impossible de les passer tous en revue, nous nous arrêterons seulement aux travaux qui présentent un intérêt direct pour nous.

[1] *American Journal of med. Science,* janvier 1874.

rons pas très haut et nous nous occuperons
det de Lyon, qui le premier a étudié expéri-
façon rationnelle les fractures du col du fé-
, à la suite d'observations nombreuses et de
adavre, des directions très précises et très
façon dont se produisent les fractures du
traumatisme a agi de telle ou telle façon

e :
est tombée *sur le genou ou le pied,* la frac-
sans pénétration, intracapsulaire et oblique.
e sur la *partie* ANTÉRIEURE *du trochanter,* la
e *sans pénétration* et en général entièrement
is transversale.
rtie postérieure du trochanter qui reçoit le
gera plus *près de la base du col*, et sera fré-
intra et partie extracapsulaire, SOUVENT

tombe *directement sur le côté externe* du
a *fracture sera toujours pénétrante* et pres-
tracapsulaire.
s rares, nous pouvons avoir avec ce même
e n'a pas signalé Rodet) une fracture *pénét*
u col, dans la tête, ou un *écrasement total*
et le trochanter.
ns aux modes de productions des fractures
. les *fractures par rotation,* mécanisme par
produire :
simples du col, complètes ou incomplètes.
avec pénétration.
base,
la tête.
'est probablement jamais très considérable,
er qu'une moitié seulement du col, dans la
mode de fracture est d'ailleurs assez rare.
on « Traité pratique des fractures, » n'accepte
es opinions de Rodet; il admet seulement
s 1 et 2, l'opinion de ce dernier. Il admet
possibilité de la fracture simple du col,
chute sur le trochanter à sa partie anté-
e, en cite même un cas, mais croit que c'est

Hamilton admet les fractures partielles et les fissures du col, mais seulement comme des raretés.

Il admet également qu'une fracture simple ou enclavée du col peut exister sans déchirure du périoste ou de la synoviale, sans déplacement des fragments, et peut parfois alors être prise pour une fracture incomplète.

Après Rodet nous citerons encore deux travaux qui ont un intérêt tout particulier pour nous.

Voyons, en premier, celui de Streubel de Leipzig, intitulé : « Quelques observations et expériences sur les fractures du col du fémur[1]. »

Streubel avait été frappé, comme beaucoup de chirurgiens, de la rareté des fractures chez l'adulte jeune, rareté très grande si on la compare aux nombreux traumatismes qui atteignent la hanche.

Il fit ses premières expériences sur six cadavres de sujets jeunes encores, dont l'âge variait entre 8 et 42 ans. Les cadavres étaient placés sur le côté et soutenus par des blocs de bois.

Streubel essaya de produire des fractures, en frappant avec toute la force possible sur la base du grand trochanter, avec le dos d'une lourde hache.

Sur ces 12 fémurs ainsi traités, frappés même parfois à plusieurs reprises, Streubel n'obtint *aucune fracture du col.*

Il obtint dans un cas, en frappant trop haut, une fracture du sommet du grand trochanter, dans plusieurs autres cas, en frappant trop bas, ou même juste sur le trochanter, une fracture oblique sous-trochantérienne de la diaphyse, parfois avec fissure du grand trochanter ; pas une seule fois le résultat cherché ne fut obtenu.

Streubel fit ensuite des essais sur trois cadavres de sujets plus âgés, le premier avait 54 ans, les deux autres 60 et 73 ans.

Chez le premier, il ne put produire en frappant sur le trochanter droit, qu'une fracture sous-trochantérienne. Il essaya, sur la jambe gauche, de fracturer le col en frappant sur l'extrémité du fémur mise à nu et sciée à 6 centimètres au-dessus des condyles, et n'obtint de cette façon qu'une fracture au milieu de la diaphyse, à l'endroit de sa plus grande courbure.

Chez le second sujet, un homme de 60 ans, le coup fut porté du côté droit, sur *le grand trochanter* et eut pour résultat une

[1] *Schmidts Jahrbücher*, n° 56. Année 1847.

i8

ver

· les
squi

.e e
par
gieu
oup
iche
oss
roit
il r
pa
mir
fen
. su
bst
fra
n p
érie
ndé
ent
it t
ui
mo
; de
ogie
ula

gra
ne
mit
rap
ans
cus
nce
hu
x-n
it p
oge

ividualité, la manière de vivre, le climat, le sexe
ı ralentiraient, d'après lui, cette époque. Elle
cependant rarement avant 50 ans.
e période régressive, nous trouvons tous les signes
énile des os, de l'ostéoporose, et nous voyons cette
s s'accroître toujours et les os toujours s'affaiblir.
mur loin d'être épargné dans cette décrépitude,
)lus qu'un autre souvent, et la résorption osseuse
eindre un tel degré, que le col en subit un rac-
assez fort pour que, parfois, la tête du fémur
de la base du grand trochanter. Dans d'autres
nci conserve sa longueur, mais s'abaisse de telle
axe arrive à faire un angle droit avec le fémur.
rticulaire subit aussi une atrophie constante.
clut de ses expériences que :
fémur n'offre à l'état normal tant par sa forme
que par son architecture aucune prédisposition
; il doit offrir bien au contraire une résistance
ractures.
ption interstitielle, par atrophie sénile, atrophie
rticulaire, le col du fémur se trouve, dans un
igulièrement modifié dans toute son architecture,
dans ses rapports avec la diaphyse, de telle façon
préservé qu'auparavant, et qu'il se brise plus
s l'action des traumatismes.

cinquante premières années de la vie, il peut
se présenter aussi des maladies qui diminuent la
ésistance du col, telles que la carie, certaines
porose, la syphilis, les tumeurs malignes, le rachi-
:., mais ce sont de rares exceptions sur lesquelles
ns insister.

maintenant à résumer le travail du Dr C.-L. Hepp-
rsbourg [1], sur les « facteurs prédisposants et sur
des fractures pénétrantes du col. »

met la pénétration complète et incomplète et
est vrai, la première, de beaucoup la plus fré-
sens que le col fracturé dans tout son pourtour
u moins profondément dans le trochanter.

teurs, dit-il, admettent comme mécanisme de la

1. Arch. 1869, p. 89.

énétrante un seul facteur important dans l
nétration ne font qu'un, et nous sommes d
s admettent une fracture primaire, par un
le genou, avec pénétration secondaire, fa
e sur le trochanter. Opinion d'une prob
e, pensons-nous, quant à la pénétration à
turant en général, par suite d'une chute su
ujours au voisinage de la tête.
r se demande ensuite si les rapports anat
une prédisposition à la pénétration des fra
l dans le trochanter.
avec Robert que le col fiché comme un c
la diaphyse, se prête tout spécialement à
tout étant connu l'affaiblissement que
es lignes de résistance du tissu spongieu
ion de l'angle du col avec la diaphyse, qui
° ou 135° à 90°. L'amaigrissement sénile
er.
reprend sur 10 cadavres les expériences
ltats qu'il obtient concordent parfaitemen
enons d'analyser.
conclut de ses expériences, comme St
se SEULE *est la cause de la fréquence de*
illards.
ensuite les conclusions suivantes :
oduction de la fracture à la place la moin
à mettre à l'actif de la direction dans
urante a agi.
apports normaux du col et du trochant
ominante de la fracture pénétrante. La fr
trochanter dépend de la force du choc.
racture pénétrante du col dans la tête
oup de cas en partie par la même cause

points sont donc d'une importance capit
n.
rapporter parfois l'enclavement du col d
ne la fracture s'est produite dans une abd
le col du fémur brisé et ayant de la tend
lu côté de l'axe du corps, pénètre dans la
par la cavité cotyloïde.

Tels sont les travaux qui offrent pour nous le plus d
tance, tant par leurs conclusions que par leur caractère
mental. Nous ne nous arrêterons pas aux travaux d'Ad
Voillemier, de Robert, de Bigelow, etc., etc., qui nous
raient à sortir du cadre que nous avons marqué à cette

Nous présenterons maintenant les quelques expérien
nous avons faites sur le cadavre, dans ces derniers t
Berne, *sous la direction de M. le prof. Kocher.*

Nous nous sommes servi pour ces expériences de c
d'âge très divers. Les sujets étaient placés et attachés
bloc de marbre et, en général, soutenus encore dans la
voulue par des blocs de bois.

Nous nous servions pour donner le choc fracturant
boule de fer du poids de 52 livres, que nous élevions au
d'une corde et d'une poulie, pour la laisser retomber
façon aussi libre que possible, sur la partie que nous v
atteindre.

Nous intercalions dans les premiers essais une plan
chêne entre l'os et le poids, planche que nous avons sup
plus tard comme inutile.

Nous avons en général laissé tomber notre poids d'u
teur de 2 m. 50 ou 3 mètres, *tantôt sur le grand trochante
davre étant placé sur le côté, tantôt sur le genou, ou l'ex
inférieure du fémur, sciée au-dessus des condyles, le
étant couché sur le dos, la jambe repliée à angle droit
corps.*

Nous avons essayé aussi de produire des *fractures pa
tion,* essais couronnés seulement une fois de succès.

Expérience I. — Cadavre d'un homme de 35 ans, dans un
de nutrition.

Le cadavre est placé sur le côté et soutenu par des blocs de
trochanter est facile à sentir sous la peau. La planchette de c
placée sur le trochanter.

Nous laissons tomber le poids sur le trochanter droit, premi
d'une *hauteur de un mètre,* puis de *deux*, enfin de *trois*, haute
dont nous disposions; chaque essai fut même répété plusieurs f
qu'il nous fut possible d'obtenir *aucune fracture.*

Expérience II. — Cadavre d'un homme suicidé, inconnu, 25 à
état de nutrition médiocre.

Chute du poids sur le genou gauche replié à angle droit sur l

inférieure et postérieure, pour venir rejoindre, dans la cavité digitale, la fissure déjà décrite.

La substance spongieuse du grand trochanter avait été presque complètement réduite en bouillie.

En arrière le périoste se trouvait déchiré sur une faible étendue seulement.

Le col n'était pas du tout incarcéré dans le grand trochanter, les fragments étaient facilement mobiles les uns sur les autres.

Expérience IV. — Cadavre amaigri d'une femme de 25-30 ans.

En voulant laisser tomber le poids sur le grand trochanter du côté droit, celui-ci frappa à faux et vint fracasser la moitié droite du bassin.

Nous plaçâmes ensuite le cadavre sur le dos et laissâmes tomber le poids d'une hauteur de 1m,50 sur l'extrémité gauche du fémur, sciée à quelques centimètres au-dessus des condyles. Il se produisit au premier choc une luxation ischiatique typique, sans fracture aucune, ni du col, ni du sourcil cotyloïdien.

Expérience V. — Cadavre d'un homme de 40 ans.

Chute à deux reprises du poids, d'une hauteur de deux mètres, puis de 2m,50, à droite, sur la diaphyse coupée au-dessus des condyles, sans autre résultat que d'écraser en miettes cette extrémité d'os.

La jambe gauche, exarticulée au cours d'opération, ne put être utilisée.

Expérience VI. — Cadavre excessivement musclé d'un homme de 26 ans.

Chute deux fois répétée du poids d'une hauteur de 2m,50 sur la diaphyse gauche sciée à quelques centimètres au-dessus des condyles. Au second choc, fracture de la diaphyse vers son milieu.

A droite chute plusieurs fois répétée du poids, d'une hauteur de 3 mètres, sur le grand trochanter.

A la 5me ou 6me fois, le poids ayant frappé sur la *partie antérieure* du trochanter, la jambe ayant été tournée un peu en dehors, il se produisit une *luxation sous-pubienne* de la tête, sans fracture du sourcil cotyloïdien et sans lésion du col.

Expérience VII. — Cadavre très amaigri d'un homme de 55 ans.

Chute du poids, d'une hauteur de 2 mètres, sur le genou droit, la jambe étant repliée comme de coutume à angle droit sur le corps.

Au premier choc il se produisit une luxation ischiatique de la tête, luxation très facile à réduire, mais se reproduisant au moindre effort. On pouvait, en faisant exécuter des mouvements à la jambe, constater parfaitement de la crépitation dans le voisinage de la tête, en arrière ; pas de signes de fracture du col.

A l'autopsie, nous trouvâmes la moitié postérieure du sourcil cotyloï-

sant entre les f
ur, par laquelle
resque un tiers d
té avec le fragme
enfermait aucune d
ute du poids d'un
demment. Luxati
ile à réduire et à
on dans le voisin
il était facile vu l
ct. Nous pouvio
re du sourcil coty
ssable avec sûreté.
trouvâmes, comm
us petite (voir Pl.
loïdien s'était dé
gueur de 1 ½ cen
e col du fémur
on fémorale.

— Cadavre d'u
s.
ute du poids, à de
e hauteur de deu
la seconde fois
, avec fracture de
ntes des ischions
milieu des fract

sta intact.
ois fois répétée d
autre résultat qu
ne fracture du co
nes pas constater

— Cadavre d'un h
ture ; mort d'une
'une hauteur de 1
de toute la partie
la bourrelet, ni
III, fig. 3). Le col
à l'appareil de cl
ponle de fer.
en dedans et en
fracturer le col

Expérience X. — Cadavre d'un homme de 65 ans, passablement amaigri.

Notre appareil n'étant pas réparé, nous dûmes nous servir d'un maillet en bois, du poids d'environ 6 livres.

Le cadavre étant placé sur le côté, nous frappâmes un coup *léger* sur le grand trochanter droit; nous entendîmes aussitôt un craquement significatif et pûmes constater de la crépitation. Le trochanter était fracturé, on le sentait bouger au moindre mouvement. Le raccourcissement n'était pas mesurable, la partie supérieure du fémur gauche ayant été réséquée au cours d'opérations; il paraissait peu considérable. Pas de position caractéristique du pied, qui restait à volonté aussi bien en rotation interne qu'externe.

Capsule articulaire entièrement intacte.

La ligne de fracture formait assez exactement, à la base du col, une série d'esquilles de formes irrégulières et de grosseurs différentes, qui empiétaient en plusieurs endroits sur la ligne rugueuse et sur la crête intertrochantérienne (voir Pl. III, fig. 4 et 5).

Le grand trochanter était fracturé à sa base, mais, maintenu en place par le périoste à peine déchiré sur une longueur d'un centimètre à sa partie externe.

La synoviale, et par conséquent, l'articulation, était ouverte à la partie antérieure du col sur une longueur de 3 centimètres.

En arrière le périoste était conservé (voir les lignes pointillées de la figure), à la base du col en plusieurs endroits.

La substance spongieuse du grand trochanter était réduite en bouillie.

Le col gauche, réséqué, montrait une ostéoporose très avancée.

Expérience XI. — Cadavre d'une femme de 67 ans, morte d'apoplexie. État de nutrition satisfaisant.

Essai de fracture de col avec une rotation interne forcée, aussi violente que possible.

A droite, nous ne pûmes obtenir qu'une déchirure des ligaments du genou.

A gauche, nous trouvâmes à l'autopsie une fracture *partielle* du col, en avant, tout près de la tête, avec pénétration légère de celui-ci dans la tête (voir Pl. IV, fig. 1).

La fracture était entièrement intracapsulaire. *La partie postérieure du col était complètement intacte.*

Expérience XII. — Cadavre d'un vieillard de 67 ans, passablement amaigri et cachectique.

Jambe gauche. Chute du poids, d'une hauteur de 2 mètres, sur le genou, avec craquement léger. Le pied reste à volonté, après le choc, en rotation interne et externe; pas de raccourcissement appréciable; crépitation. Le trochanter se meut, à gauche, autour d'un axe beaucoup moins long qu'à droite.

l'autopsie nous trouvâmes une fracture de tou
stérieure du sourcil cotyloïdien, formant une
ıt. de long. Une grande partie du fond de la
nlevée avec le fragment externe. Pas de déch
ourrelet cotyloïdien ; pas de luxation de la t
.t qu'en partie déchiré, au voisinage de la tête
fracture du col était complètement intracap
ception d'une petite bande d'un centimètre à
complètement déchirée. La ligne de fracture
et de dehors en dedans, irrégulière et formant
)l, une grosse esquille entièrement détachée du

mbe droite. Chute du poids sur le genou, d't
nement au moment du choc, mobilité anormal
émité supérieure du fémur. Le trochanter ne
nent les mouvements de rotation de la jamb
voir.
l'autopsie nous trouvâmes une fracture troch
ns et en bas, en haut et en dehors (type Bar
). Léger déplacement du fragment inférieu
lète du périoste. Nous trouvâmes encore une f
en sur une longueur de 3 centimètres, fractur
t la tête. Trois bandelettes fibreuses retenaien
apêchaient son écartement de plus de 5 millim

ous pouvons encore ajouter à ces expér
tures pénétrantes du col, avec autopsie,
sans pénétration, avec résection conse
rieure du fémur, la fracture ne se conso
ous avons eu l'occasion d'observer ces tr
ôpital de l'Isle à Berne, pendant les d
née 1885 :

SERVATION I. — Homme. H. M., 65 ans. En
ital de l'Isle et mort le 20 du même mois d'un
blessé était tombé la veille de son entrée à
ur, sur la hanche gauche, en voulant monte
i se relever, ni marcher après sa chute, et fut
. le professeur Kocher. Au moment de son en
lans la région inguinale gauche, une tuméfactio
nes. Les fonctions de l'articulation coxo-fémo
ndues ; la jambe présentait une rotation en d
les mouvements passifs de la jambe étaient t
it en les faisant une crépitation évidente à la
ochanter suivait les mouvements de rotation d

ent par extension.

opsie nous trouvâmes une fracture pénétrante du col du fémur La capsule de l'articulation coxo-fémorale était intacte ; la syno- contre, était ouverte dans le voisinage du cul-de-sac antérieur, sur ueur de deux centimètres. Le col était presque complètement de telle façon que son axe formait avec celui de la diaphyse un nviron 155 degrés, contre 130 de la normale. Il était avec cela de près de moitié et incliné sensiblement en arrière (voir Pl. V, 3).

ture de la base du col était une fracture d'esquilles, empiétant sur presque toute la moitié externe du col. Le petit et le grand r étaient fracturés. Le périoste, conservé en grande partie, main- fragments en place.

ATION II. — Homme de 63 ans, très amaigri, d'aspect cachec- ffrant depuis de longues années de rhumatisme.

a, le 25 septembre 1883, sur le côté gauche, d'une hauteur de s environ, ne put se relever ni marcher après sa chute, et fut lendemain dans la section de M. le Dr Girard, à l'hôpital de l'Isle, rut peu de temps après, d'une pleurésie.

statait chez le malade une tuméfaction considérable de la hanche, égion du grand trochanter. Le trochanter était déplacé en haut ent en avant, la pointe du pied était tournée complètement en

a jambe accusait un raccourcissement de quatre centimètres. Le r, très douloureux au toucher, ne suivait pas les mouvements de le la jambe, et l'on constatait vers la base du trochanter une itation.

opsie, on trouva à gauche une fracture enclavée de la base du fracture du grand trochanter et fracture sous-trochantérienne ale. Le revêtement périostal était en grande partie déchiré et le ageux du grand trochanter complètement détruit.

pénétrait plus profondément *en avant* qu'en arrière, de telle la face externe du grand trochanter regardait en partie en avant. on en dehors de la jambe dépendait donc de la fracture sous- rienne.

ATION III. — Ce cas est encore en traitement dans la clinique prof. Kocher (déc. 1885), c'est celui d'une femme, Marie S., 2 ans.

ade est tombée, le 8 avril 1885, d'une petite chaise d'environ *et demi de hauteur*, sur le côté droit, et a frappé sur le sol en avec *la partie postérieure* du grand trochanter. Immédiatement chute, elle se plaignit de grandes douleurs à la hanche droite et relever seule. Elle est restée depuis cette époque dans l'impossi- marcher ou de se soutenir sur cette jambe ; les fonctions de la

parfois un degré de fragilité très remar-

ans, la fracture du col n'existe pour ainsi
littérature a peine à en réunir une dizaine
, et seulement quelques-uns de plus (dont
plus haut) entre 40 et 50 ans.
absolument les métamorphoses régressives
stéoporose qui vient affaiblir l'admirable
pour amener cette fragilité extrême dont
t parlé, et qui nous permet d'obtenir, comme
, une fracture pénétrante du col, avec frac-
et esquilles de la couche corticale affaiblie,
ıme insignifiant.
Il est très remarquable à ce point de vue,
ême que celui de l'exp. X, car, pour un
ible, une chute de 45 centimètres sur le
ons, *chez une personne jeune,* 42 ans, une
ante, transversale du col.
ore avec sûreté de nos expériences, *que le*
pied ou le genou, amène, ainsi que l'admet-
n et d'autres, *une fracture non pénétrante*
de la tête, ou vers son milieu, pouvant
quilles et, d'après Hamilton, de fracture

umatisme, et plus particulièrement à la
r le genou, le corps étant plié en avant, il
une fracture du sourcil cotyloïdien avec
en arrière et crépitation (Exp. VII, IX

a que cette fracture du sourcil cotyloïdien
d'une fracture du col (Exp. XII) avec ou
gament rond et avec ou sans luxation de la

hoc porte directement sur le grand trochan-
terne, il se produira, comme l'admettent
amilton, Bigelow, etc., etc. : *une fracture*
sa base (d'après Heppner), *possible à son*
avec esquilles le long de la ligne de frac-
part des cas, avec fracture du grand tro-
on plus ou moins complète du tissu spon-
supérieure du fémur. (Voir Exp. III et X.

ıer H
ırs c
ınim
ıle d'
en a
I), l
ıdress
est
nt du
ıs l'o
sens
ı'un
e du
svers

ıuvoi
ıque

ıour
tures
, de p

marq
pénét
ıssi à
obter
ʻcil c
e V,
toute
à la
e *cho*

. exp
résist
ıvité

mme
sseux
nt ro
, de l
porte

Nous avons vu que la partie postérieure de la cavité cotyloïde est chez le vieillard aussi affaiblie que le col et qu'elle ne partage nullement l'immunité du fond de la cavité.

Nous laisserons maintenant entièrement de côté la question, encore débattue, du mécanisme de la pénétration des fractures de la base du col, cette question nous entraînerait dans une discussion trop longue, et nous devrions entrer dans de nouvelles considérations anatomiques qui prolongeraient trop ce travail. Il y aurait là d'ailleurs matière à tout une thèse.

Nous considérons comme un devoir, particulièrement agréable d'ailleurs, d'exprimer en terminant à M. le prof. Kocher, notre vive gratitude pour ses précieux conseils et pour le matériel qu'il a consenti à mettre à notre disposition.

Contributions obstétricales,

Par le Dr Éd. Chenevière.

I. Placenta prævia.

I. *Placenta prævia latéral.* Mme F., 28 ans, III pare ; dernières époques au commencement de février 1881. Le 31 août, il se déclare une forte hémorragie, accompagnée des douleurs de l'accouchement. L'orifice est de la grandeur d'une pièce de cinq francs environ et très dilatable. On sent un lambeau placentaire faisant saillie à gauche. La poche des eaux est percée ; version par le procédé de Braxton Hicks. — Enfant vivant, mort deux jours plus tard. Couches normales.

II. *Placenta prævia central.* Mme S., 38 ans, VI pare ; terme probable de la grossesse au commencement d'avril. En janvier 1882, elle commence à perdre du sang, et elle doit garder le lit pendant dix jours. Le 15 février, l'hémorragie recommence. Tamponnement du vagin pendant deux jours. Le sang continuant à couler, j'introduis dans le col des boulettes de coton trempé dans le perchlorure de fer Le 19 au soir, il commence à se produire de légères contractions. Le 20, à 5 heures du matin, l'orifice paraissant suffisamment dilatable, je décolle le placenta à droite et je fais la version (Braxton Hicks). — Le fœtus meurt pendant l'extraction. Lochies très fétides pendant huit jours. — Injections intra-utérines de permanganate de potasse. — Guérison.

III. *Placenta prævia latéral.* Mme P., 37 ans, V pare, enceinte de

[illegible]

Placenta praevia lateral [illegible]
[illegible] le 3 décembre 1893, à 11 heures
[illegible] perte de sang depuis un avor
[illegible] accompagnée de q
[illegible] col entr'ouvert. Bord du placenta f
[illegible] tion éponges aseptiques. Je la
[illegible] tes et le col passablement di
[illegible] Je perce la poche ; la tête s'eng
[illegible] utérines.

Placenta praevia central. Ju
[illegible] ves époques en juin 1894. Le
le sang qui dure pendant deux j
[illegible] usion de compresses froides sur
[illegible] suce à perdre du sang, mais sans
lin, l'orifice est ouvert comme u
[illegible] ient le placenta qui recouvre l'ori
avoir fait un lavage au sublimé
éponge aseptique. — Les doule
[illegible] grand comme une pièce de cinq

au sublimé et introduction dans le col de trois éponges. Les douleurs continuent régulièrement ; à 2 heures l'orifice paraît presque effacé. Les éponges sont retirées, le bord du placenta décollé du côté droit ; le premier fœtus se présente par les pieds ; extraction d'un enfant mâle vivant. — Le second fœtus est en présentation céphalique. Version, extraction, enfant mâle, vivant. Décollement du placenta qui est unique et un peu adhérent à gauche où se trouve le lambeau de beaucoup le plus grand. Lavage intra-utérin au sublimé. Couches normales.

VIII. *Placenta prævia latéral.* Le 7 novembre 1885, je suis appelé auprès de Mme Z., 32 ans, VIII pare. Elle dit avoir perdu un peu de sang à deux reprises, il y a quinze et huit jours. — Douleurs légères ; forte hémorragie. Col entr'ouvert et dilatable, recouvert en partie par un lambeau placentaire. — Introduction de trois éponges. Six heures plus tard les éponges sont enlevées, et la poche des eaux percée. Présentation céphalique ; forceps ; fœtus de huit mois vivant. Décollement artificiel du placenta adhérent à droite. Couches normales. Précautions antiseptiques ordinaires.

IX. *Placenta prævia latéral.* Mme R., 35 ans, VI pare. Je suis appelé auprès d'elle le 26 janvier 1882, à 9 heures du matin. Il y a huit jours qu'elle perd continuellement du sang et pendant la dernière nuit la perte a été assez abondante pour traverser les matelas et souiller le plancher. Il y a eu des douleurs assez régulières pendant la nuit. Elles se sont arrêtées vers le matin ainsi que la perte après l'écoulement des eaux. La malade est complètement exsangue et le pouls est insensible. L'orifice laisse facilement passer la main ; un grand lambeau de placenta se présente dans le col ainsi qu'une anse de cordon. L'enfant est en présentation transversale. Je fais la version et j'extrais, sans la moindre difficulté, un enfant à terme et mort. Le placenta se détache presque de lui-même sans écoulement de sang. — On cherche à réchauffer la malade, je lui fais des injections sous-cutanées d'éther. Vingt minutes après la délivrance, elle meurt tranquillement sans avoir repris connaissance.

X. *Placenta prævia central.* Mme D., 31 ans, V pare. Je la vois pour la première fois le 5 septembre 1883, à 4 heures après midi. Elle a eu il y a 3 semaines une perte de sang assez abondante qui a nécessité un ou deux jours de repos. Dans la matinée elle a commencé à avoir des douleurs et à perdre beaucoup de sang et elle en perd encore beaucoup actuellement. Les eaux se sont écoulées. Le placenta est complètement détaché et se trouve dans le col et le vagin. Son insertion paraît avoir été centrale. L'enfant se présente obliquement, la tête dans la fosse iliaque gauche. Je fais la version et j'extrais un fœtus mort et à terme. — La perte de sang continue faiblement. Je cherche à la supprimer par des frictions, par l'excitation bimanuelle et par l'introduction de glace dans la matrice. Au bout d'une demi-heure elle est complètement arrêtée ; mais la malade est peu après prise d'étouffement et meurt.

On a depuis quelque temps beaucoup écrit sur le placenta prævia. C'est dire que probablement, on n'est pas sur le point de s'entendre. On peut dire cependant, qu'au point de vue anatomique, la question a fait de grands progrès pendant ces dernières années.

Le segment inférieur de l'utérus joue naturellement un grand rôle dans cette question. Qu'est-ce que le segment inférieur? Au point de vue clinique, c'est cette partie de l'utérus qui, dans les cas normaux, enveloppe complètement ou tout au moins en grande partie la tête du fœtus à la fin de la grossesse, qui, pendant l'accouchement, s'amincit, se distend, devient paralytique, et qui est située au-dessous de la masse musculaire épaisse et contractile du corps utérin [1]. Maintenant ce segment inférieur est-il limité en haut par l'orifice interne? ou, au contraire, l'orifice interne est-il sa limite inférieure? Il y a discussion sur ce point. Pour Hofmeier [2] (1886), le segment inférieur appartient à l'utérus et se forme à ses dépens. Pour Bayer, (1885), au contraire, le segment inférieur est formé par la partie supravaginale du col qui s'hypertrophie et se déploie, ses masses musculaires s'ouvrant comme les feuillets d'un livre. En tout cas la structure du segment inférieur diffère notablement de celle du corps utérin, et c'est cette différence de structure qui explique la différence de fonction physiologique. Le corps utérin joue dans l'accouchement un rôle essentiellement actif. Le segment inférieur, au contraire, est tout à fait passif. Déjà au début de l'accouchement sa puissance de contraction est très faible ou même nulle.

Jusqu'à ces derniers temps, on considérait généralement, qu'en cas de placenta prævia, les hémorragies étaient occasionnées par la formation du segment inférieur. Le placenta ne pouvant pas suivre sa surface d'implantation dans son agrandissement doit forcément s'en détacher. Schröder avait bien apporté quelques restrictions à cette théorie : pour lui, la principale cause de l'hémorragie au moment de l'accouchement réside dans le déplacement de la paroi utérine relativement à l'œuf, déplacement qui est d'autant plus considérable qu'on se rapproche davantage de l'orifice interne. Hofmeier (p. 54) va encore beaucoup plus loin que Schröder. Selon lui, si c'était la forma-

[1] Bayer dans W.-A. Freund, Gynäkologische Klinik, p. 509.

[2] Hofmeier dans Schröder, Der schwangere und kreissende Uterus, p. 63.

tion du segment inférieur qui amenait le décollement du placenta, ce décollement devrait être égal, tandis qu'il est toujours plus considérable d'un côté que de l'autre. On devrait aussi avoir, en cas de placenta prævia central, des hémorragies à une époque moins avancée de la grossesse, ce qui n'est précisément pas le cas. Au contraire, l'accouchement a lieu plus tard qu'en cas de placenta prævia latéral, parce que l'union entre la paroi utérine et le placenta est beaucoup plus intime qu'entre l'utérus et les membranes. C'est pourquoi aussi, en cas de placenta latéral, le décollement a toujours lieu du côté des membranes, c'est-à-dire du côté du plus petit lambeau.

Bayer, en se plaçant à un autre point de vue, arrive aux mêmes conclusions. Pour lui, le placenta prævia s'oppose au déploiement de la portion supravaginale du col, et rend la formation du segment inférieur tout à fait incomplète. Si le placenta adhère très fortement au pourtour de l'orifice interne, celui-ci ne peut pas se dilater et il n'y a pas d'hémorragie pendant la grossesse. Ou bien, au contraire, le plus petit lambeau du placenta se décolle et l'orifice interne peut se dilater, phénomène qui est accompagné d'hémorragies. Le rôle joué par la formation du segment inférieur dans la production de l'hémorragie est donc remis en question.

Les hémorragies qui se produisent sans contractions paraissent être plutôt accidentelles. Celles qui accompagnent les douleurs sont au contraire inévitables. La rupture de la poche paraît jouer un grand rôle dans leur arrêt, et Schöder a particulièrement insisté sur ce point. En effet, une fois la poche percée, l'utérus ne se déplace plus, relativement au placenta, mais ce dernier suit le mouvement de l'utérus. De plus, après l'écoulement des eaux, si le fœtus est en position longitudinale, la partie qui se présente peut tamponner la surface saignante. Un point me paraît encore obscur. Si le segment inférieur est absolument impuissant à se contracter, pourquoi l'hémorragie cesse-t-elle généralement quand la matrice est vidée de son contenu? La contraction utérine suffit-elle pour arrêter le cours du sang dans les parois du segment inférieur? ou bien la formation de thrombus est-elle suffisamment rapide? De fait, le sang continue parfois à couler après l'accouchement, et je me souviens d'un cas de placenta prævia où, appelé en consultation par le Dr David, nous avons dû, après la délivrance, tamponner la surface placentaire pour arrêter l'hémorragie.

Tout le monde est d'accord sur les principes qui doivent diriger dans le traitement des accouchements compliqués de placenta prævia. Il faut tamponner pour diminuer l'hémorragie et terminer l'accouchement le plus vite possible. Actuellement, l'école de Berlin, se basant sur un nombre considérable d'observations, chante les louanges de la version d'après Braxton Hicks [1]. Pendant ce temps, Paris s'en tient à la méthode de Leroux [2]. Au fond cela revient au même; c'est toujours de tamponnement qu'il s'agit; seulement les uns emploient comme tampon le fruit lui-même, les autres préfèrent se servir de tampons artificiels. — Malheureusement, au moment où on tamponne, l'orifice est encore peu dilaté; c'est probablement pour cette raison que les résultats de la version Braxton Hicks faite dans ces conditions sont si meurtriers pour les fœtus. On a beau attendre patiemment pour faire l'extraction, comme le recommandent Schröder, Hofmeier et Behm, les statistiques de Berlin, excellentes au point de vue de la mortalité des mères, sont déplorables pour les enfants, dont 60 % au moins succombent. Au contraire, la méthode du tamponnement qui permet de faire la version et l'extraction à un moment où le col est suffisamment dilaté, paraît donner des résultats aussi bons pour les mères et certainement meilleurs pour les enfants. On reproche au tampon d'être une cause de septicémie. Il semble cependant, qu'en prenant les précautions voulues, on puisse éviter toute chance d'infection, soit qu'on emploie le colpeurynter, soit qu'on préfère tel autre matériel aseptique [3].

A ce point de vue, aucun procédé ne me paraît préférable à celui de Jungbluth. Celui-ci a réussi à faire préparer les éponges absolument aseptiques qui portent son nom. Elles se dilatent facilement et ne produisent aucun écoulement fétide. Leur action hémostatique est tout à fait remarquable. Le tamponnement a lieu avec toutes les précautions antiseptiques. On commence par reconnaître la direction et les dimensions du canal cervical. On prend une éponge de grosseur convenable, on enlève sa pointe pour en faire un cylindre, on la saisit avec une

[1] Voir L. Gautier, *Revue médicale de la Suisse romande*, 15 juin 1884.

[2] Voir Auvard, *Semaine médicale*, 8 avril 1885.

[3] Voir en particulier : Jungbluth, *Volkmann's Vorträge*, n° 235. Murphy, *Annales de gyn.*, juillet 1885. Mac Lean, *Amer. Journ. of Obst.*, mars 1886. Sippel, *Centralb. für Gyn.*, 1884, p. 763. Walther, *ibid.*, 1885, p. 215.

pince à polypes; on trempe un instant dans l'eau chaude son extrémité qu'on exprime aussitôt. En la glissant sur les doigts indicateur et médius de la main gauche, on l'introduit dans l'orifice sans lui imprimer aucun mouvement de rotation. On la tient ensuite appliquée contre la surface placentaire pendant 10 à 15 minutes. Au bout de quelques heures (3 à 8), quand on voit qu'on peut pénétrer facilement dans le col à côté de l'éponge, il est temps de la changer. On la retire avec précaution après avoir fait un lavage antiseptique. Généralement l'éponge est à peine teintée de sang. On introduit alors dans le col un nombre d'éponges suffisant pour le remplir, le plus souvent trois ou quatre. Une troisième application est rarement nécessaire. Quand l'orifice est suffisamment dilaté, on introduit la main, on fait la version et on extrait l'enfant sans difficulté, à moins qu'on ne préfère, en cas de contractions énergiques, favoriser l'engagement de la tête.

Grâce à son procédé, Jungbluth a eu, sur 7 cas de placenta prævia, 7 mères et 7 enfants vivants. Ces éponges m'ont donné les meilleurs résultats dans quatre cas où j'ai eu l'occasion de les employer. D'autres accoucheurs ont eu aussi à s'en louer, et cependant le procédé ne paraît pas devoir se généraliser. On lui reproche d'être trop long, trop compliqué. « L'idée de se ser-
« vir d'éponges préparées, comme méthode générale de traite-
« ment du placenta prævia, dit Lomer [1], fera sourire tout
« accoucheur occupé qui a une grande expérience de cas pareils.
« Ce sont de ces méthodes, bonnes peut-être dans des cas
« exceptionnels, mais qui ne peuvent être recommandées
« comme applicables dans tous les cas. »

Que le procédé soit long et ennuyeux, je l'accorde. Mais s'il permet de conserver la vie de l'enfant sans compromettre aucunement la vie de la mère, c'est pourtant bien quelque chose. Les cas où le médecin peut sauver une vie humaine sont rares, et, après tout, on a inventé bien des opérations longues et compliquées dont les résultats ne sont pas aussi brillants que ceux obtenus par la méthode de Jungbluth [2]. Il y aura malheureusement toujours de ces cas comme ceux relatés dans les observa-

[1] Lomer, *Americ. Journ. of Obst.* Déc. 1884, p. 1257.

[2] Bien avant Jungbluth, on avait recommandé l'éponge comme tampon, mais pas comme méthode de traitement rationnel en cas de placenta prævia (Voir par exemple Jänell, *Arch. für Gyn.* VI, p. 467).

ecin est appelé tr
ce.
e, on peut dire que
tement plus ratio
ensiblement amél

E FRUITS MORTS DAN

n premier enfant en
ndant huit mois. Dep
au 2 septembre 1883
senti des maux de co
considérée comme en
r 1884, Mme F. fut
gie assez abondante
e sage-femme qui l
se couche. L'hémorr
er son cours normal.
nt jamais été perçus
resté stationnaire.
Mme F. pour la pre
se doit être dépassé e
, pas lieu. Elle se tro
gèrement distendu ;
milieu de l'espace q
inal permet de recon
igmentée de volume.
est impossible de pr
n bruit. Je dis à Mm
emi seulement et je

0 octobre ; elle dit a
l'abdomen n'a pas gr
le volume. Elle donn
parfaitement homogè
ondage utérin ; la so
profondeur. Il est dé
voir exactement ce
prise de douleurs et
nifié. L'arrière-faix
ble. Injection intra-u
fait normales.
tres de longueur. L

es est sur toute son étendue complètement tordu sur lui-même
ns de gauche à droite à partir du fœtus. Le placenta long de
ètres et large de 9, a une épaisseur variant de 2 à 3 centimè-
ésente les traces d'un ancien extravasat sanguin. Les membranes
bien conservées et assez épaisses ne contenaient pas de liquide.

e W., 33 ans, a eu quatre enfants et une fausse couche de trois
iron, en décembre 1884.
mine le 21 décembre 1885 ; elle paraît être enceinte d'environ
et demi. Le fond de l'utérus s'élève jusqu'à un travers de doigt
de l'ombilic. On sent distinctement des parties fœtales, mais on
t aucun mouvement actif du fœtus et on n'entend pas les bruits

. dit avoir eu ses époques au commencement de mai, et une
re dans le courant de juillet. L'enfant a bougé à partir du com-
nt de septembre, mais il n'a plus donné signe de vie depuis le
re, date que Mme W. fixe d'une manière très positive. A partir
ment elle a ressenti une grande fatigue ; elle se plaint d'avoir des
et du dégoût pour la nourriture.
sence de signes positifs je n'ose pas affirmer que l'enfant soit
engage la malade à attendre encore quelque temps avant de
ne décision.
présente de nouveau à ma consultation le 15 février 1886. Sa
érale s'est beaucoup améliorée. L'abdomen a plutôt diminué de
Le fond de l'utérus est à deux travers de doigt au-dessous de
J'introduis dans la matrice une sonde à laquelle j'imprime
mouvements pour détacher une partie de l'œuf.
a soirée Mme W. commence à avoir de petites douleurs et à per-
u d'eau. Les contractions cessent pendant la journée du 16, mais
ine quantité d'eau brunâtre continue à s'écouler. Le 17 au soir,
urs recommencent et Mme W. ne tarde pas à accoucher d'un
mifié du sexe féminin et de 27 c. de longueur. Le placenta en
hérent doit être détaché artificiellement, ce qui amène une perte
ssez abondante. La matrice est râclée avec une grosse curette
Injection de sublimé. Couches normales. Le placenta ne présen-
le foyers apoplectiques. Le cordon long de 18 cent. était tordu
le sa longueur de gauche à droite à partir du fœtus.

me B., 34 ans, a eu deux enfants à terme, le second en mai 1882.
époques au commencement de janvier 1884. A la fin du mois
elle est atteinte d'une crise assez grave d'hystéro-épilepsie, mala-
uelle elle est sujette et qui apparaît de préférence au moment des
Son abdomen augmentant de volume et ses époques ne se
pas, elle pense qu'elle est enceinte, et au mois de juin elle se
une carte d'accouchement du Dispensaire.

e le terme de l
extrêmement
on tympanique
ellement. — L
qui ramène qu
ne légère pert
uelques doulen
n. On y distin
La cavité amn
environ un cen
très mauvais é
un certain n
s son intérieur
s sanguins.
son ventre a
lle est accouché

re un assez
ependant Sc
t un fait d'un
le fruit soit
la grossesse
ons précéden
t a été reten
ctobre; mais
et le fruit ne
lus remarqué
a même marc
l'idée qu'el
rdée. Il est
de septemb
de la mort d
oroduite cett
ne le début
e voir, le frui
tiers. Dans le
rée; elle a ét

. 1. — KULENKAM
AMX, *Berliner Be*
Journ. of Obst., 1
).
.

es et très probablement de quinze semaines. Dans le ne cas enfin, il est probable que l'œuf, arrêté dans son pement par une crise épileptiforme, a été conservé dans pendant sept mois et demi. Dans les trois cas, d'ail- 'œuf n'a été expulsé qu'à la suite d'une intervention re. Il a même pu, dans le premier cas, se produire une agie abondante et, plus tard, une perte de sang analo- x règles, sans que la rétention de l'œuf en ait été le lu monde influencée. A vrai dire, il n'y a que le premier i coûte, et on ne voit pas bien pourquoi un œuf toléré t six semaines ne le serait pas pendant soixante? Lieb- vait déjà dit (p. 64) : « On pourrait admettre que l'ex- d'un fruit qui a été conservé dans l'utérus plus de neuf peut avoir lieu que par l'intervention de causes exter- angères au procès de la rétention. » La cause de ces ns est d'ailleurs aussi peu connue que la cause qui pro- 'accouchement.

t à la torsion du cordon, considérée autrefois comme la le la mort du fruit, les travaux de Ruge, Martin et [1] ont prouvé que ce phénomène se produisait après la u fœtus. On est bien forcé de l'admettre, vu le grand . de tours de spire qu'on rencontre souvent, et dont une aurait certainement suffi pour amener la mort du fruit. premier cas, les tours de spire atteignaient le nombre te-six, et dans le second cas j'en ai compté jusqu'à vingt. Comment se fait-il que chez un même fœtus la ait lieu toujours dans le même sens et que le cordon étortille pas? C'est ce qui n'a pas été expliqué, je crois. robable que le fœtus étant complètement passif, le sens orsion dépend d'un certain mouvement habituel à la

---

Sur l'action de l'antipyrine,

par le Dr Blanchard.

is quelques mois, j'ai prescrit très souvent l'antipyrine, ois pouvoir résumer ainsi les résultats obtenus :
ans le rhumatisme articulaire aigu, elle a produit un

[1] *...w für Gyn.*, vol. XVII, p. 24.

le spéculum plein. Quant au Sims, il s'impose absolument pour certaines opérations.

Je n'entends pas discuter ici les mérites particuliers de ces divers instruments; là comme ailleurs il faut savoir être éclectique.

Quoique préférant le Cusco c'est précisément lui que je me propose de critiquer dans certaine de ses parties que j'espère avoir avantageusement modifiées.

Je ne suis pas le premier qui ait eu cette prétention, aussi possédons-nous un assez grand nombre de variétés dans l'espèce.

C'est surtout le mode d'ouverture ou plutôt de fixation de l'écartement des valves qui a fourni le thème à ces variations.

La *vis,* placée tantôt à droite, tantôt en bas a toujours été l'agent mis en œuvre; or c'est précisément elle que je repousse. Le plus souvent le pas de vis est trop fin, ce qui nécessite un nombre de tours considérable, d'où perte de temps.

En outre le chirurgien qui examine une femme, introduit

ıtiers de la ouate dans le spéculum,
soit pour le tamponner, etc.; cette
ement à la vis placée à l'entrée de
ensuite son fonctionnement difficile.
autres fois c'est la vis qui se rouill
ıfin les valves retenues écartées par
e vagin une pression qui forcément
t qu'elle est immuable.

crois qu'avec le mode d'ouvertur
s inconvénients sont supprimés.

ai donc enlevé la vis et son écrou et
ordon élastique. Il agit tout près de

:hes ce qui, on le comprend, est une
l'action de levier qu'exercent ces p
ui fait creuser à l'extrémité de chaqu
osée d'une partie arrondie d'où par
re sur le bord du manche.

Un cordon élastique, très résistant, long d'environ 15 centimètres, se fixe une fois pour toutes dans l'encoche de la branche périnéale; pour cela il suffit de faire un nœud pour empêcher le caoutchouc de glisser.

Lorsque la pression des doigts a amené l'écartement des valves au degré voulu, il ne reste qu'à tirer sur le cordon et à venir le présenter à l'encoche antérieure; aminci par la traction, il y pénètre aisément; le caoutchouc reprenant son volume primitif dès qu'on le lâche se serre de lui-même contre les parois de l'encoche et n'en bouge plus.

La manœuvre est plus vite faite que dite; le point principal c'est d'étirer suffisamment le caoutchouc pour le faire entrer comme pour le faire sortir, afin d'éviter des tractions transversales qui l'usent ou le déchirent.

Ce mode d'ouverture du spéculum oppose donc à la pression vaginale qui est élastique une contre-pression élastique dont on peut graduer la force à volonté.

On objectera que le caoutchouc s'altère, qu'il doit casser, que la pression peut être trop faible, etc... Je me sers du Cusco ainsi modifié depuis plus de deux ans et j'ai bien rarement changé de caoutchouc.

D'ailleurs, si par hasard il se rompait, rien n'est plus simple que de prendre un des bouts restants, il s'en trouvera toujours un qui aura 7 $^1/_2$ centimètres (puisque la longueur totale recommandée est de 15 centimètres); or, c'est plus qu'il n'en faut pour remplir le but. Si la pression paraissait trop faible, il suffirait de faire une fois le tour complet des manches avec le caoutchouc avant de le fixer; on aurait alors une force très supérieure à celle du vagin le plus puissant! Mais, je le répète, ces conditions peuvent être négligées à cause même de leur rareté.

RECUEIL DE FAITS

Pneumonie du sommet droit. Hémiplégie gauche. Suppression du pouls de la radiale droite,

Observation lue à la séance du 19 avril 1886 de la Société fribourgeoise de médecine,

Par le Dr Ant. Favre.

Elise B....., âgée de 22 ans, est à Fribourg depuis trois mois. Père mort de hernie étranglée, mère en bonne santé. A été

n portante jusqu'au samedi 31 octobre 18
é, le soir elle a été prise d'un frisson très vi
té une partie de la nuit. Le lendemain, courl
phalalgie, anorexie, toux et dyspnée. Les jou
mptômes s'aggravent encore. Entrée à l'hôp
nce le 4 novembre.

Status le 5 novembre. Personne de petite tai
cubitus dorsal. Face très rouge. Se plaint
rs dans les membres et le tronc. Pas de
ponses difficiles à obtenir. Pouls : 120, régu
ation, 40. Température, 39°,8. Urine légè
use, contenant des urates en excès. Constipa
ssements. Langue saburrhale. La pupille gau
loboma, produit par une iridectomie pratiquée
a suite d'une blessure, par corps étranger, d
aperçoit des débris capsulaires. A l'ausculta
ssion, le cœur ne présente rien de particulie
ant, à droite, en haut, jusqu'au bord inférie
te, submatité; du même côté, en arrière, su
se sus-épineuse. Du côté gauche, rien de par
ltation, respiration rude et râles sibilants a
avant et en arrière. L'abdomen paraît augm
r météorisme et surcharge graisseuse. Pas d
le à la palpation.

Du *6 au 7 novembre*, cet état se modifi
mnolence, quelques vomissements alimentair
s. La malade tousse et crache peu. Les c
cm. c. dans les 24 heures) sont incolores,
is blancs, très visqueux. La fréquence re
30 à 40. Température, matin, 39°,9 et
37°,8 (antipyrine, 3 grammes).

Le 8, matité très nette au sommet droi
périeur de la troisième côte, en avant et d
ineuse en arrière. Souffle bronchique, bron
épitants et augmentation du frémitus voc
diquée mate par la percussion. Râles sibila
uche. Rate agrandie. Crachats rouillés, trè
aminés au microscope, contiennent, outre le
ires que l'on rencontre dans les crachats pn
antité de bactéries de différentes formes,
mbre de diplococcus avec ou sans capsule,
ngés en chaînettes, quelques bacilles et lepto
re, matin, 39°,8; soir, 38°,5.

Du 9 au 10. Pas de changement. Températ
37°,2; soir, 37°,8 (antipyrine) et 39°,6.

Le 11, au matin. Température, 37°,2. Po
ible, pris à la radiale gauche, car à droite i
e; l'axillaire du même côté ne présente é
dsations. La température du membre sup

notablement inférieure à celle du membre supérieur gauche. Râles crépitants et souffle bronchique au sommet droit, râles sibilants et ronflants sur toute l'étendue des deux poumons.

Le 11 au soir. Dans le courant de l'après-midi, sans perte de connaissance, s'est développée une hémiplégie gauche complète, que je constate à ma visite à 5 heures. Il y a abolition complète de la motilité et de la sensibilité des deux membres du côté gauche, de plus, ptosis, commissure labiale abaissée, langue déviée du même côté; prononciation difficile, réponses lentes, somnolence, sueur froide sur tout le corps, respiration stertoreuse. Pouls, 68, faible, régulier. Température, 36,2. Respiration, 36. A l'auscultation, on perçoit des râles crépitants sur une étendue plus grande que le matin, nombreux râles muqueux à droite, en avant; en arrière, des deux côtés, râles sibilants et ronflants. Le choc du cœur n'est pas perceptible à la palpation. A l'auscultation, les bruits paraissent purs, mais affaiblis. *Prescription :* Injections sous-cutanées d'huile camphrée.

Le 12. Le membre inférieur gauche a repris sa sensibilité et, en partie, sa motilité. La malade, qui n'a pas uriné depuis la veille, rend en une seule fois environ 1000 cm. c. d'urine. Les bruits du cœur sont moins faibles. La rate est palpable sans douleur. Température, matin, 36°,2; soir, 36°,6. Pouls, 76. Respiration, 30.

Le 13. La sensibilité est revenue au membre supérieur gauche. Les signes sthétoscopiques se sont améliorés, ainsi que l'état général. Température, matin, 36°,4; soir, 36°. Pouls, 72. Respiration, 26.

Le 16. La malade ne tousse plus. Les bruits du cœur sont un peu irréguliers, et râpeux à la pointe. Température, 36°,9 et 37°,1. Respiration, 28. Pouls, 68.

Le 18. Les bruits du cœur sont réguliers, à la pointe, le premier bruit seulement est un peu râpeux.

Le 21. Il y a de nouveau un peu d'arythmie des bruits du cœur, le premier ton à la pointe a encore le même caractère que le 18.

Le 6 décembre seulement, le pouls est redevenu perceptible à la radiale droite. La malade se lève et marche, mais en traînant la jambe gauche.

Le 7. Elle commence à mouvoir un peu le bras gauche.

Le 17. Elle sort de l'hôpital, traînant encore la jambe et ayant encore les mouvements du bras gauche très restreints.

Au commencement de janvier 1886, j'apprends par lettre que son état s'est sensiblement amélioré, quoique la motilité du côté gauche laisse encore à désirer.

Cette observation me semble présenter quelque intérêt, car les cas de paralysie, survenant dans le cours de la pneumonie, ne sont pas fréquents. Cependant, d'après Landouzy [1], Hippo-

[1] L. Landouzy. Des paralysies dans les maladies aiguës. Paris, 1880.

crate et Avicenne auraient déjà observé des paralysies éloignées et diffuses comme complications de la pneumonie. Mais, les premiers auteurs, qui ont tenté d'expliquer ces faits, ne sont pas si éloignés de nous. Proschaska, de Vienne, leur donne le nom de paralysies sympathiques; Graves les appelle des paralysies réflexes. Rostan, Charcot et Vulpian ont observé des hémiplégies pneumoniques chez les vieillards, et insistent sur ce fait, qu'elles se terminent habituellement par la mort et qu'elles ne répondent à aucune altération encéphalique.

Macario, de Nice, a publié, de 1850 à 1859, plusieurs observations se rapportant à notre sujet. Je reviendrai sur une de ces observations qui se rapproche de la nôtre. Gubler [1], qui a observé des paralysies consécutives à la pneumonie, les a appelées paralysies asthéniques. Grisolle, dans son traité de la pneumonie, dit n'avoir vu qu'un seul cas de paralysie consécutive à la pneumonie; il ajoute que cette complication est si rare, si exceptionnelle, qu'il est bien permis de la considérer comme un fait accidentel. Lépine, dans sa thèse inaugurale [2], cite quatre observations d'hémiplégie survenue dans le cours de la pneumonie chez des vieillards de 70 à 82 ans. Dans un de ces cas, on trouva, à l'autopsie, un foyer de ramollissement de la protubérance; dans les autres cas, on n'a pas trouvé d'autres altérations du tissu de l'encéphale que de l'athérome des artères. Hervey [3] a lu à la Société anatomique une observation sur un cas d'hémiplégie pneumonique, à l'autopsie duquel l'encéphale fut trouvé parfaitement sain. Strauss [4] a observé un cas d'hémiplégie, survenue dans le cours de la pneumonie, ayant pour cause un foyer de ramollissement cérébral. Kussmaul [5], enfin, a vu survenir une hémiplégie chez un jeune homme, atteint de pneumonie à la suite d'une piqûre de morphine. Cette hémiplégie fut guérie complètement.

Comme vous le voyez par cette énumération, la plupart des observations d'hémiplégie pneumonique concernent des vieillards, et les seules lésions anatomiques des centres nerveux trouvées à l'autopsie ont été le ramollissement cérébral et l'athérome des artères.

Il est assez difficile, me semble-t-il, d'appliquer ces données à notre cas. Car ici, il s'agit d'une jeune fille ne présentant aucune altération appréciable des parois des artères. Seules, les observations de Kusmaul et Macario concernent des jeunes gens. Il n'y a aucune comparaison à établir entre le cas de Kusmaul et le nôtre, au point de vue de la pathogénie de l'hémiplégie. Quant à celui de Macario, en voici l'observation :

[1] Des paralysies asthéniques, *Archives générales de médecine*, 1860.
[2] R. LÉPINE, De l'hémiplégie pneumonique. Paris, 1870.
[3] *Revue des sciences médicales*, tome III, 1874, p. 185.
[4] *Revue mensuelle*, 1877.
[5] Voir H. EICHHORST, *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, 1883, I vol., p. 532.

Un jeune homme de 20 ans, atteint de pneumonie remarque, pendant le cours de sa maladie, que tout droit du corps est engourdi. Cet engourdissement persis dant longtemps, et, deux mois après, la jambe droite e jours plus faible que celle du côté opposé. Le malade y e des fourmillements continuels depuis l'aine jusqu'à la des pieds. Quand il marche, il traîne la jambe. La guér la pneumonie fut complète [1]. Cette observation présentai que analogie avec la nôtre, ne nous donne pas d'exp applicable à notre cas.

En parcourant les auteurs qui ont écrit sur ce suje voyons que les faits d'hémiplégie pneumonique ont été prêtés d'une façon diverse par la plupart d'entre eux c cas où l'autopsie a été muette ou lorsqu'elle n'a pas ét Pour les uns, comme Graves et Andral, il s'agit d'une p d'origine réflexe ; pour d'autres, comme Gubler, ces pa ont pour cause l'obstacle apporté à la circulation et à l tose du fait de l'affection thoracique. Pour d'autres, comme Grisolle, la paralysie pneumonique est « une co tion purement fortuite, à la production de laquelle la p nie a pu avoir sans doute une certaine part, mais sans établir pourtant un rapport étiologique spécial. » Lépi clut de ses observations que « les hémiplégies pneum ne constituent pas un groupe de faits homogènes. U nombre d'entre elles, dit-il, résultent du ramollissem cerveau..... Si le nombre des hémiplégies pneumoniqu à un ramollissement n'est pas considérable, cela tien semblablement à ce que les pneumoniques succombent que l'ischémie artérielle, première étape du ram ment, ait abouti au ramollissement lui-même. Diverses lésions peuvent encore produire une hémiplégie pneum Quant aux cas où l'on ne trouve rien qui rende com l'hémiplégie, je ne suis pas porté à les expliquer par une réflexe, parce que dans les cas au moins qu'il m'a été do voir, la physionomie de l'hémiplégie n'était pas la mê dans les hémiplégies incontestablement réflexes, d'origi rétique, que j'ai observées [2]. »

De ces différentes conclusions, voyons quelle est celle applicable à notre cas. S'agit-il d'une paralysie d' réflexe? Plusieurs raisons s'opposent à ce qu'on admett hypothèse : la persistance de la paralysie, son étendue, de la circulation dans l'artère radiale droite qui a précé parition de l'hémiplégie. S'agit-il d'une ischémie cérébr athérôme artériel? L'âge de la malade, l'absence d'alté appréciables des parois des artères accessibles à nos d'investigation, me paraissent devoir faire rejeter cette

[1] Landouzy, loc. cit.
[2] Lépine, Art. Pneumonie du Dictionnaire de Jaccoud.

tion. Enfin, dirons-nous avec Grisolle que la
accidentelle, fortuite, qu'on ne peut établir au
logique spécial entre la pneumonie et l'hémipl
ne nous resterait rien pour expliquer l'apparit
nière, tandis que les faits parlent en faveu
suivante : l'hémiplégie a eu pour cause une e
Cette hypothèse me semble pouvoir s'appuyer
le fait de l'arrêt de la circulation dans l'artè
qui a précédé de quelques heures l'apparition
gauche. Je ne m'arrêterai pas à discuter la q
si cette suppression du pouls de la radiale est
pression de l'artère sous-clavière par le poum
cation donnée par Casan [1], qui a observé un c
l'artère radiale du côté malade était plus faib
côté), car je ne crois pas que cette compressi
dre un degré suffisant pour arrêter toute circu
de la circulation de l'artère radiale pourrait,
été produit par thrombose. Mais quelle serait
la thrombose? Le ralentissement de la circul
l'état de collapsus dans lequel se trouvait la
journée du 11 novembre. Nos connaissances
processus de la thrombose ne permettent guè
explication. Reste donc seulement l'hypothèse
où se sont formés les thrombus qui ont été lar
lation? Dans le cœur, ou dans les veines pu
empruntons à Lépine la réponse à cette questi
lies qui surviennent parfois dans le cours de
sont pas une preuve péremptoire de l'existenc
dite, car les coagulations peuvent s'être faites
pulmonaires, ainsi que j'en ai vu trois exem
elles sont plus rares, je crois, que les concréti
ques[2]. » Nous n'avons aucun moyen de dia
notre cas, l'origine précise des emboli, car il
symptômes cardiaques assez nets pour perm
à une endocardite. Nous laissons donc la
pens.

Pour terminer, le diagnostic qui me semble
dans notre cas est le suivant : pneumonie d
hémiplégie gauche par embolie cérébrale, surv
jour, au moment de la crise.

[1] Eichhorst, *loc. cit.*, vol. I, p. 521.
[2] Dictionnaire de Jaccoud.

Observations cliniques,

Par Jaques-L. Reverdin.

Examen histologique,

Par Albert Mayor.

N° 4. — Disjonction traumatique incomplète de inférieure du fémur, combinée avec une fractu tive de conservation; gangrène et suppuratic amputation; guérison.

Bauquis, Marie, 4 ans et 2 mois, de Carouge.

Le 23 octobre 1885 dans l'après-midi, je suis aj rouge par mon confrère le Dr Masson pour voir une qui vient d'être victime, il y a environ une demi-l grave accident; en sortant de l'école elle a voulu m rière une voiture, celle-ci s'est mise en marche, la ja a été prise entre les rayons de la roue et la cuisse a rée. L'os fait saillie à travers une large plaie; l'enf fort peu de sang et a été aussitôt transportée chez nous l'examinons. Nous trouvons au niveau du cr une plaie transversale à travers laquelle le fémur d son périoste fait une saillie de 10 centimètres; la p chirée en travers dans toute la largeur du creux p que les muscles de la face externe du membre; qu beaux aponévrotiques pendent dans la plaie qui ne Les deux branches du nerf sciatique sont à nu, dis une grande longueur, paraissant du reste intactes; l' avec le doigt permet de sentir en dedans du nerf, le de la poplitée qui paraît saine; on aperçoit dans vaste hiatus une masse blanchâtre membraneuse, as

Le fémur dépouillé de son périoste présente une rouge assez vive; l'extrémité du fragment se termin par une surface convexe, régulière, mamelonnée, osseuse et homogène, sans aucune dentelure; il s'a ment d'un décollement de la diaphyse d'avec l'épip le décollement ne porte que sur la moitié externe de à la partie interne il y a sur la diaphyse une perte d longitudinale qui va en diminuant de bas en haut due à la séparation d'un gros fragment resté adhér physe; on rencontre dans le foyer de la fracture, p quilles libres. Le fragment diaphysaire saillant à plaie est souillé de terre sur ses faces inférieure et e

Le genou n'est pas tuméfié et ne paraît pas re liquide.

Le membre est immobilisé dans une gouttière
aussitôt transportée à notre clinique particulièr
roformée et je tente la conservation du membre
un couteau toutes les parties souillées de l'os; c
mou pour se laisser enlever par copeaux; je nettoi
de la plaie avec une solution phéniquée à 2 ½ %
solution à 5 %, mais en n'employant de cette d
quantité modérée vu l'âge de l'enfant; je fais e
tement sur la jambe et repousse le fémur en p
que mal; une esquille libre a été enlevée, il en
volumineuse que l'on sent au fond de la plaie
adhérente; la coaptation ne me paraît pas par
la partie externe de la plaie seulement; je fais c
quatre points de suture perdue au catgut sur
façon à recouvrir l'os, puis une suture continue
reste de la plaie est tamponné avec de la gaze ic
dessus laquelle le pansement est complété avec
zoïque, une feuille de gutta-percha et une ban
est fixé sur une attelle de Volkmann. L'opératio
moment de placer l'attelle, je m'aperçois que l
fant présente une pâleur ischémique et est comp
le membre avait été maintenu pendant tout le
ration dans l'élévation pour pouvoir voir la
L'enfant portée dans son lit, on place de chaqu
bre des cruches d'eau chaude. Le pouls est peti
après un vomissement abondant la pâleur dimi
paru une heure après. Le soir la températu
de 37°.

24 oct. T. a. 39°. Pouls rapide, agitation. L'
sans teinte brune; le pied reste froid et insensil
pas nettement la pédieuse; le cou-de-pied est in
Soir 39°,8. Agitation, même état du pied et
25 oct. 39°,6. Délire continuel la nuit, teint
respiration accélérée. L'urine rendue depuis
sanguinolente et se coagule par la chaleur et l'
il est probable que le sang vient du pansement
par de la sérosité sanguinolente.

Pansement, pas de gonflement, pas d'épanch
genou. Les tissus profonds ne présentent rien
les deux nerfs à nu sont blancs; les bords de la
de la plaie sont bleuâtres et paraissent en voie
Le pied et la jambe ont repris leur chaleur, s
mais l'insensibilité du pied persiste. Après une
niquée de la plaie à 2 %, puis à 5 % le pied rede
Même pansement; 3 doses de sulfate de quini
tigrammes, à 4 h. d'intervalle. Soir, 37°,8 pouls
somnolence, vomissements à plusieurs reprises;
26 oct. 38°,8; agitation sans délire, vomissem
demande à boire du chocolat. Le pied est cha

sent pas la pédieuse. Sulfate de quinine 2 do
38°,9.

27 oct. 38°,9. Pansement; le pied est chaud
sible ; suintement séropurulent grisâtre, morti
de la plaie s'étendant à la partie interne jusq
mollet. Lavage phéniqué et même pansement.

28 oct. 38°,9; douleurs dans la jambe, sulfat
39°,2.

29 oct. 38°,9. Je défais le pansement en pl
le ventre pour pouvoir faire un examen plus c
l'os saillant sous la peau mortifiée; la suture
du reste en plein sphacèle, on voit que le
externe est à moitié détruit, que l'interne
plaie suppure partout et que la suppuratio
let en partie mortifié, et à la cuisse, que l'os
loin, qu'il y a une escarre au talon. En cons
de la mère l'autorisation de pratiquer l'amput
sitôt exécutée. Ethérisation, pas de spray.

Lambeau cutané antérieur et coupe demi
rière, coupe circulaire des muscles, manchet
décollement périostique et la suppuration s'ét
de sorte que je suis obligé de faire remonter
beau plus loin que je ne l'avais fait d'abord; i
dre que par le fait de la première incision p
tissus infectés, la coupe définitive n'ait été co
tous nos soins; désinfection à l'acide phénique
peu nombreuses au catgut de Kocher ; trois
perdues au catgut, périostique, musculaire pr
superficiel; suture de la peau, deux drains,
gle. Pansement : gaze iodoformée, ouate benz
cha, bande en spica,

Soir, pouls rapide 38°,2, agitation, pâleur,
0,10 centigrammes.

30 oct. 38°,5 sommolence douleurs dans la

31 oct. 38°,4; pansement, le bord du lamb
bleuâtre, brunâtre dans un point; pas d'odeu
supprime la quinine. Soir 38°9.

1er nov. 38°,6, le pansement dérangé est re
par les drains; l'enfant commence à manger.

2 nov. 38°,4. Pansement; plaie en grand
suppuration sans odeur. Potion d'extrait de
fant a repris un peu d'appétit et de gaîté. Soi

3 nov. 38°,5; soir 38°,5.

4 nov. Plaie complètement désunie; néanmo
sutures perdues est bien recouvert; la plai
bourgeons pâles. L'enfant est assez bien po
chez elle.

Elle revient se faire panser le 6 nov.; je
forme par l'onguent styrax; les progrès sont
pansements sont faits à intervalles de plus en

granuleuses s'accolent. Le
ent aux bandelettes de sparadr
catrisation est complètement a
la température n'a plus prése
s dixièmes le soir.
ven du membre amputé. Le nerf
que détruit, l'interne est rou
faisceaux. L'artère poplitée est
é, mou. Suppuration diffuse da
le sphacèle au talon. Os : déc
'épiphyse au niveau du condyle
interne, fracture diaphysaire
fragment pyramidal resté adh
'un petit fragment incomplète
it se termine en pointe à 3 c
uxta-épiphysaire. La surface
est formée par le cartilage pu
restée adhérente au cartilage
dur, osseux. L'articulation re
guinolent trouble; les ligamen
loration gris rosé.

A

e

ſ

ache d'ossification. — *b.* Cartilage pur. —
iaphysaire. — *c.* Periosle. — *f.* Léger dé
fragment diaphysaire.

a pas très longtemps que la
hyses est un fait généralement
st du reste fort incomplète enco
ture méritent d'être minutieu
ichel, admises par Malgaigne,
mbre de cas, les disjonctions t

t été surtout étudiées par Gurlt[1], par Holmes[2] et Thudi-[3]; elles ont fait le sujet d'une discussion à la Société de gie en 1865; Paul Vogt[4] a établi que dans certains cas peuvent être suivies d'un arrêt ou d'une diminution de oissement en longueur de l'os intéressé; quelques thèses é consacrées à leur histoire; P. von Brun's[5] a contribué nent dans différentes publications à éclairer leur histoire, embler une statistique complète, et à étudier leurs con-nces; enfin, en ce qui concerne les disjonctions de l'épi- inférieure du fémur, nous devons à Delens[6] un travail et auquel je ferai de nombreux emprunts.

réalité des décollements épiphysaires traumatiques ne lus être contestée; des faits suivis d'autopsie ou d'am-on, d'autres cas où la présence d'une plaie a permis de 'examen direct de la lésion l'ont établie d'une façon posi-cependant c'est en tout cas un accident relativement rare ie Brun's n'a pu en rassembler que 100 cas positifs; ce re il est vrai pourrait s'accroître beaucoup si l'on faisait en ligne de compte les décollements non compliqués, ou uivis d'opération ou de mort; mais comme jusqu'ici aucun certain ne permet d'établir dans ces cas le diagnostic façon absolument sûre, l'on ne peut les utiliser pour la tique et il en résulte une certaine incertitude sur la fré-e réelle de cette lésion. Ceci est vrai en particulier pour jonction de l'épiphyse inférieure du radius que certains rs regardent comme très fréquente tandis que d'autres la nt exceptionnelle.

près les recherches de Brun's le décollement épiphysaire observé aux deux extrémités de l'humérus, du cubitus, nur, du tibia, du péroné, à l'extrémité inférieure du ra-au métatarse et au pubis; en résumé dans les grands os des membres toutes les épiphyses, sauf l'épiphyse supé-du radius, ont fourni des cas de disjonction. La fréquence ve de cette lésion varie beaucoup du reste suivant les os; s les plus nombreux, Brun's en compte vingt-huit, concer-'épiphyse inférieure du fémur; l'épiphyse inférieure du s vient immédiatement après avec 25 cas. Il ne faut pas r que Brun's n'a tenu compte dans sa statistique que des nstatés anatomiquement, ce qui explique probablement

[1] Gurlt, Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen. Berlin 1862.
[2] Holmes, Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants. trad. de Lar-aris 1870.
[3] Thiersch, Ueber die am oberen Ende des Humerus vorkommenden Knochen-Giessen 1851.
[4] Vogt, Die traumatische Epiphysentrennung und deren Einfluss auf das Längen-wm der Röhrenknochen, *Archiv für klinische Chirurgie*, t. 22, 1878.
[5] Brun's, Ueber traumatische Epiphysentrennung. *Archiv für klinische Chi-t. 27, 1882.
[6] Delens, Des décollements traumatiques de l'épiphyse inférieure du fémur. en. de méd. 1884.

la prédominance du chiffre concernant l'extrémité du fémur; le volume et la résistance de cet os font collement ne peut s'y effectuer que par l'action d'u violence, et qu'il est souvent compliqué de plaie ou des gros vaisseaux; d'où des complications partic gangrène ou les hémorragies, qui nécessitent l'in chirurgicale et amènent ainsi à l'examen direct des

Ces particularités nous expliquent pourquoi les ont eu plus souvent l'occasion de constater de visu de cette disjonction. L'épiphyse inférieure du fém fait de son volume considérable, de sa soudure tardi union avec de solides ligaments présente d'ailleurs tions anatomiques favorables au décollement; la chi utilisées pour le redressement du genu valgum; c'e un décollement épiphysaire que produit dans un ce bre de cas l'ostéoclasie manuelle de Delore, et rég l'ostéoclaste de Collin.

Les autres disjonctions épiphysaires sont généralem compliquées, exposent moins à des lésions seconda complications nécessitant l'intervention chirurgicale tant l'examen direct; elles peuvent et doivent êt méconnues.

En dehors des cas où l'existence d'une plaie perm rer le diagnostic, les disjonctions épiphysaires ne pré de signes particuliers; on a bien supposé que la devait manquer ou présenter des caractères différen de la crépitation des fractures ordinaires; on se dis surface des fragments ou au moins de l'un d'eux éta gineuse, il ne pouvait résulter de leur collision les produit celle de deux surfaces osseuses; cette suppos vérifie pas par la bonne raison que rarement les cond posées se trouvent réalisées.

On distingue en effet plusieurs variétés de disjon physaires; les plus rares sont précisément les seules raient présenter ce signe diagnostic particulier d'abord celles où la rupture se fait au sein du carti sont tout à fait exceptionnelles; ce sont ensuite les d pures, si l'on peut dire, celles où les deux fragments s précisément sur la ligne de jonction de l'épiphyse et physe, sans que la moindre parcelle osseuse reste physe; elles existent, mais sont loin d'être communes teurs qui ont douté de la réalité des disjonctions tra se sont précisément appuyés sur l'extrême rareté lésion à l'état de pureté. Il y a eu en particulier su une sorte de malentendu dans la discussion de la chirurgie, quelques-uns des orateurs, en particulier guac, paraissant n'admettre comme décollements que lements absolument purs, la séparation complète de l'é de la diaphyse juste au niveau de la jonction du cartilag

pris de cette façon, il est vrai que les décollements sont ex-
ivement rares. Plus fréquents sont les cas où une portion de
ouche d'ossification reste par place sur l'épiphyse; plus fré-
nts encore sont ceux où il existe une véritable fracture com-
e avec le décollement, où il y a comme dans mon cas dé-
ement sur l'un des condyles tandis que l'autre condyle ou
partie seulement de l'autre condyle a emporté avec lui un
ment plus ou moins volumineux de la diaphyse auquel il
resté adhérent; naturellement dans ces dernières variétés
répitation sera osseuse comme dans une fracture ordinaire.
diagnostic de la disjonction des épiphyses repose donc,
pas sur la perception d'une crépitation particulière, comme
a supposé, mais sur l'âge du malade et sur les dispositions
tomiques qui seront appréciées dans chaque cas particulier »
bnes).

ans le cas de l'enfant B..., le diagnostic ne présentait au-
difficulté puisque une large plaie s'était produite au niveau
creux poplité et de la face externe de la cuisse et que le
ment diaphysaire y faisait une saillie de 10 centimètres
ron; il était facile de constater que l'extrémité du fragment
entait une surface convexe régulière et mamelonnée, for-
d'un tissu osseux homogène, et qu'à la face interne le
t de la disjonction faisait place à un trait de fracture obli-
de bas en haut et de dehors en dedans; l'aspect mamelonné
a surface, l'absence de dentelures est caractéristique et a
signalé dans plusieurs observations; de plus le tissu était
s peu consistant pour se laisser facilement couper avec un
couteau à os; il ne présentait du reste à l'œil nu aucune
e de cartilage; la surface mamelonnée répondait au condyle
rne seul, tandis que le fragment diaphysaire manquant
i resté adhérent avec le condyle interne; j'avais donc
re à la variété de disjonction épiphysaire peut-être la plus
uente, c'est-à-dire à une disjonction incomplète accompa-
e d'une fracture diaphysaire oblique; j'ajoute que la frac-
était communitive, et que, dans la tentative de réduction,
dû enlever un fragment complètement séparé.

omme il arrive habituellement, le périoste avait été décollé
oin, si bien que les 10 centimètres de la diaphyse qui se pré-
aient au dehors en étaient complètement dépouillés; ce fait
rien qui doive surprendre si l'on tient compte de la violence
traumatisme et de la facilité avec laquelle le périoste se
re des diaphyses chez les enfants de cet âge.

'amputation pratiquée m'a permis d'examiner l'état du
ment inférieur ou épiphysaire qui présente des particula-
intéressantes : comme le montre la figure, la surface de
llement qui comprend un peu plus de la moitié de l'épi-
e est formée de cartilage sur une grande partie de sa sur-
; cette surface est parfaitement lisse au toucher et légère-
t excavée; au centre de cette surface cartilagineuse qui

ıve une zone de 2 centin
artilage n'est pas à nu, r
ıe mince de tissu plus
constituée par la couche
rme la loi établie par Br
ue dans les disjonctions
épiphyse ; il faut cepend.
, très rares du reste, dan
n même du cartilage épi
ondyle interne nous trouv
ɔrme de pyramide triang
hyse et mesurant un peu
agment est en partie dép
la pièce de plus près on
que le décollement ne se
ɜn effet en *f* un léger
; et la surface épiphysair
tement on voit les deux s
périoste s'est déchiré e
l'épiphyse, un centimètr
, notablement plus haut

ɜ tableau des lésions en
tique se trouvaient dissé
e présentaient pas de tra
rures le jour de l'accide
ation on trouvait le scia
ment détruit et que l'in
galement de la rougeur
des deux nerfs n'est pr
e important dans les phé
ɜ désinfection rigoureuse
ent a exposé ces deux n
ée, le surlendemain no
mme la première fois
ıbre. Si l'on peut attrib
ui s'est produit après
ie par élévation, et à
fragment réduit, il ne p
ıt du 25 octobre, et je su
erfs et leur imbibition p
ıtribué à l'ischémie et a

ɜ la réduction, et avant
té apparente de l'artère
morragie importante, il
vants ; l'artère battait so
s ; à l'autopsie du membı
bus gris rosé, mou, mais
es ; il est donc bien probı

nprimé soit par l'épiphyse soit par la di
ction s'est faite comme je l'ai dit, d'une
.; il était difficile de se rendre un compt
e la surface du décollement épiphysaire;
repoussée au centre de la cuisse, mais
e qu'elle se trouvait en contact régulie
hysaire. Quant à l'articulation elle nou
l n'y avait pas d'épanchement apprécia
duction, je n'en avais pas trouvé de sig
l'autopsie du membre montrait qu'en
une petite quantité de liquide sanguin
ent en arrière dans les points où le p
as du cartilage que l'article s'est trouvé
on a été rarement observée et il y a l
après Delens l'articulation est ordinai
rait été positivement intéressée que d
Alcock et de P. Brun's; ce sont les seul
quide synovial au dehors soit indiqué. I
antité de sang contenue dans l'article
, que malgré des examens attentifs et
ssible d'en reconnaître la présence avan

s un cas, Tapret et Chenet[2] dans un au
uction d'un abondant épanchement d
. y eût ouverture de l'articulation; il e
ncer sur la pathogénie de cet épanch
peut faire plusieurs hypothèses différen
uent de voir la disjonction de l'épiphys
se compliquer de plaie communiquant
ue; dans les vingt-huit observations r
complication est notée dix fois; presq
t diaphysaire fait issue à travers une la
es molles qu'il a certainement contribu
ous le verrons, la disjonction se fait d
e cas dans un mouvement d'extension
avec la torsion; il en résulte que c'est
re dans le creux poplité, ou bien en arr
rarement en arrière et en dedans que le
t déchirer; très probablement le fragme
nce la déchirure par pression de ded
le-ci s'agrandit par le fait de l'agent t
ue à forcer l'extension.
cas la disjonction paraît produite pa
araît et je reviendrai sur ce point), el
de plaie contuse communiquant avec l
as de Brun's), la rupture des parties m

é pratique des fractures et des luxations, trad. de

ET, *Bulletin de la Société anatomique*, 1875.

s'est pas effectuée de dedans en dehors comme
elle n'est pas due à l'issue de l'os, mais à l'a
l'agent traumatique.

Quel que soit le mécanisme de production d
nous trouvons en présence d'une lésion des plu
expose d'autant plus à des suppurations diffuse
dents septiques, que le foyer largement ouvert,
dehors sont presque à coup sûr infectés, et que
la désinfection complète et réelle n'est pas tou
toujours innocente. Dans mon observation l'os
centimètres était souillé de la boue du chemin;
débarrasser de ses parties contaminées en pel
sorte le fragment avec un fort couteau; j'ai dés
avec la solution à 5 %, et néanmoins la plaie a l
pidement suppuré.

D'autres complications fréquentes aussi sont
des vaisseaux; l'artère poplitée était rompue
Verneuil, l'artère et la veine dans deux cas de
dans quelques autres, la tibiale antérieure à s
celui de Little; Bell a vu un anévrisme se dével
années après l'accident.

Souvent aussi les vaisseaux poplités se sont
més par les fragments, et il en est résulté une
ou moins étendue du membre, comme l'ont obs
Canton, Tapret et Chenet et moi-même. Les fr
cés peuvent encore amener soit la mortification
des téguments, et convertir ainsi une disjonctio
en disjonction exposée.

J'ajoute que les nerfs peuvent être contusion
qu'ils peuvent comme dans mon observation se
dés sur une grande longueur, et que ces lésions
elles seules des indications d'amputation.

Les complications sont donc nombreuses et
nous verrons que la conservation est loin d'êt
ronnée de succès.

Les disjonctions épiphysaires ne peuvent n
produire que pendant la période de croissance;
cerne l'extrémité inférieure du fémur le sujet le
18 ans, le plus jeune 1 an ½; mais à part cet
huit mois et un de deux ans cité par Brun's,
avaient plus de 6 ans; au-dessous de 10 ans no
dans les observations de Delens que 7 cas, tan
dix-neuf de 10 à 18 ans. J'ajoute que sur ces
trouve que quatre filles contre vingt-un garçons. C
stances d'âge et de sexe s'expliquent de la même
pas que la disjonction épiphysaire soit plus fa
chez les garçons que chez les filles, après 10 an
expériences faites sur des cadavres de jeunes en
tré le contraire, mais c'est que les garçons, su
premières années, s'exposent beaucoup plus pa

lence aux causes ordinaires de production
ns occupe. C'est à la plus fréquente de ces
xposée la petite fille de 4 ans dont je viens
tion; ayant réussi à grimper derrière une
ıssa entre les rayons de la roue, la voiture
et la disjonction fut produite. Il est assez
observations (y compris celle de Delens et
lesquelles la nature du traumatisme est
reize fois de celui que je viens d'indiquer;
es c'est une corde de navire qui s'enroule
, une courroie de transmission qui le sai-
d se trouve pris entre deux poutres tandis
ıue la chute en avant (Bell), ou encore la
ıu genou dans un trou tandis que le tronc
commencé (Fontenelle), enfin c'est une
de hauteur. Il s'agit dans tous ces cas de
de disjonctions de cause et de mécanisme
établi Delens, il y a alors combinaison plus
d'extension forcée, d'arrachement et de
n dans laquelle l'extension forcée paraît
pal. On sait du reste soit par les faits de
par les expériences de Ménard[1] que dans
ınuel, ou dans l'ostéoclasie avec l'appareil
ı valgum, c'est une disjonction épiphysaire
e l'extension forcée joue dans sa production
e serait du reste que la conséquence de
e ligament postérieur résistant et emportant
Quant à la réalité de la torsion, nous en
ən quelque sorte dans les variétés de forme
ıntôt nous voyons le condyle externe séparé
il existe un fragment diaphysaire adhérent,
ɜe qui se produit; la torsion peut du reste
ıne propulsion soit en dehors, soit en dedans,
une adduction forcée de la jambe sur la
i arrive avec la machine de Collin, où le
ıent redressé, et où l'angle ouvert en dehors
ıd à être redressé; en dehors il y a disjonc-
ırd, en dedans plutôt un léger tassement.
en faveur de ces combinaisons de l'exten-
, c'est, quand il y a plaie, l'issue de l'extré-
énéralement en arrière, mais quelquefois
en dedans, ou en dehors, franchement en
ɜ mon cas; ce sont encore les torsions, les
ées sur le fragment épiphysaire (Verneuil).
lit autrefois que les disjonctions épiphysaires

[1] hes expérimentales sur le redressement brusque du genu
ie, 1881.

.ues qu'à des causes in
il s'est trompé; en ce
occupe, nous trouvon
signalé des causes dire
assage d'une roue de
r cas paraît surtout
la disjonction une plai
ar l'agent traumatiqu
malgré les apparences
en réalité indirect;
disjonction de l'extré
exactement les circon
tent d'élever un dout
ement difficile de s'ex
mécanisme direct; Ma
e les apparences. Da
jorité des faits, à un m
ctions de l'épiphyse in
quelques mots du tra
suis borné à une dés
ace; de là une suppur
ération artérielle, de g
amputer; c'est l'hist
s; tantôt la conservat
été faite hâtivement,
ssible et le membre a

relevés de Delens et c
une désarticulation co
miers jours et indiqu
ion des vaisseaux; di
ancée, et indiquée soi
n, soit par l'hémorra
ion fut faite plusieur
le Bell pour un anévri
'artère, dans celui de
onsolidation vicieuse
ne sais à quelle pério
fait dix-huit amputati
'est par la résection
sit à réduire la disjo
tée par Rutherford A
a donné un excellen
atiquée tardivement
Atkinson), les trois o
é amputés ultérieurer
e cette nouvelle inte

e conservation pure e
que de deux, l'un de
dernier doit-il n'être c

'ant été établi que longtemps après l'ac
e que cette liste soit incomplète, et qu'
lques cas méconnus de disjonction sans
, alors un diagnostic certain est chose

disjonction de l'épiphyse fémorale inf
rave qui conduit le plus souvent à la pe
espérer cependant que le traitement
npliquées, c'est-à-dire la désinfection
ique permettront avec l'aide de la ré
iaphysaire quand elle est indispensab
nir plus souvent à l'avenir la guéris
faut pas oublier cependant que vu l'a
es substances antiseptiques vraiment
sans dangers, ce qui constitue dans l'
ulté. La conservation du reste n'est p
Paul Vogt a montré que dans certain
ctions épiphysaires amènent un arrêt d
os en longueur, et ce fut précisément le
; mais comme ma petite blessée a été
n'occuper de cette question intéressant

J.-A.

REVUE CRITIQUE

---

fication à Revue critique sur les Paralysies radiculaires,

par J.-L. Prevost.

r que j'ai dit dans ma revue critique
ulaires (p. 230) que les modifications
r M. Dufourt n'avaient pas été observ
Des recherches analogues avaient d
I. Secrétan, soit par M^lle^ Klumpke et
e de corriger cette omission.
fait, dans le service de M. le Prof. V
erches sur l'influence de la pilocarpine
publié l'observation. Il a toujours n
sécrétion sudorale à la partie externe d
laque d'anesthésie légère, correspondai
zone de distribution cutanée du circ
n, p. 47).
répéta ces recherches sur un mala

présentait, du côté paralysé, une sécheresse toute particulière de la peau avec *absence complète* de toute sécrétion sudorale (*Revue de médecine,* p. 607) à la main, à l'avant-bras et à la face externe du bras avec exagération de la sécrétion sudorale dans l'aisselle correspondante. Une injection de pilocarpine (p. 615) ne déterminait aucune réaction sudorale dans le membre paralysé. La limite de la sécrétion sudorale était indiquée par une ligne courbe atteignant en hauteur en dehors l'acromion et s'étendant en bas jusqu'au-dessus de l'épitrochlée. La réaction sudorale existait à la face interne du bras. L'absence de toute sécrétion sudorale correspondait donc à peu près à la zone anesthésiée respectant comme l'anesthésie la face interne du bras.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1886.

Présidence de M. Morax, président.

La Société décide que la réunion de printemps aura lieu cette année, le jeudi 6 mai à Mont-Fleuri.

M. Rapin annonce la fermeture complète des deux lacunes osseuses observées sur le crâne du nouveau-né présenté il y a un mois.

M. de la Harpe termine la lecture de ses *Remarques sur la variole en 1885* (paraîtra dans la *Revue*).

M. Burnier appuie les vœux formulés par M. de la Harpe relativement à la voiture sanitaire qui sert à transporter les malades au Moulin-Creux. L'apparition de ce véhicule rouge et vert est très redoutée dans le public et la crainte de le voir stationner devant sa porte est souvent celle que le médecin a le plus de peine à vaincre pour obtenir le transfert au lazaret.

M. Rapin apprend à la Société que la commune a fait récemment l'acquisition d'un vieux char de côté qui remplacera avantageusement le véhicule en question.

M. Rogivue demande que la Commission d'hygiène veuille bien rédiger une note sur les maladies contagieuses et les avantages de l'isolement au lazaret. Une publication de ce genre aurait peut-être une bonne influence sur le public et faciliterait la tâche du médecin.

M. Morax demande à M. de la Harpe s'il estime que le lazaret devrait être transporté dans un autre endroit.

M. de la Harpe répond que cela n'est pas nécessaire tant que le laza-

itient que des varioleux et des scarlatineux ; mais si on devait es cholériques, il faudrait le transporter ailleurs.

ÉRENVILLE ne croit pas que la présence de cholériques au Mou- put faire courir de grands dangers à la population de Lau- ndroit est éloigné de toute habitation et par cela même très ement situé.

A HARPE estime au contraire que des cholériques ne sauraient au Moulin-Creux sans danger pour Lausanne. Le lazaret est un ruisseau qui reçoit plus ou moins directement toutes les ût et traverse ensuite une grande partie de la ville, il alimente ble (?) plusieurs habitations situées au-dessous du lazaret.

présente à la Société une pétition des pharmaciens demandant dération de ne pas accorder le droit de pratiquer la pharmacie aux ressortissants d'autres pays qui ne reconnaissent pas l'équi- s diplômes.

NT présente un *fibroïde utérin extirpé par la laparotomie.*

RZEN et LOEWENTHAL décrivent un cas d'*extirpation bilatérale igmoïde* chez un très jeune chien.

ière extirpation, pratiquée sur l'animal nouveau-né, n'a pro- trouble appréciable, ni de la motilité, ni de la sensibilité ; à ixième jour le petit chien a réagi aux impressions de contact ement et de froid, appliquées à ses quatre extrémités, tout à fait frères normaux, et *également* des deux côtés. La seconde a été faite deux mois et demi après la première ; elle a pro- oubles passagers, en partie bilatéraux, en partie unilatéraux ; nptôme permanent a consisté dans l'abolition de la sensibilité id dans la patte postérieure du côté opposé à la dernière lésion. la première fois que l'on observe à la suite d'une lésion corti- anesthésie spécifique *isolée*, c'est-à-dire non accompagnée ie tactile.

l a été sacrifié deux mois environ après la seconde extirpation. nstater alors que, autant la première avait été profonde, autant était superficielle ; ce qui explique la *légèreté* des symptômes ar cette dernière ; par contre, l'*absence* de symptômes après la 'en est que plus remarquable ; en effet, cette opération a eu quence la formation d'un trou, conduisant dans une vaste i communique librement avec la partie antérieure du ventricule nsidérablement distendu ; la substance cérébrale qui manque la presque totalité du gyrus, la portion antérieure de la 3me et circonvolution externe et la substance blanche sousjacente.

oire sera publié dans le *Recueil zoologique suisse* de M. H. Fol.

ECRETAN lit un travail sur *Leysin et la cure alpine d'hiver* lans la *Revue*).

Le Secrétaire : Dr H. BURNIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE (

Séance du 3 mars 1886.

Présidence de M. le Dr D'Espin

Président annonce qu'il a reçu pour la b
t de M. Haltenhoff deux brochures intit
sur la clinique ophtalmologique du M
de cysticerque du corps vitré.

NANT donne à la Société quelques renseig
l se livre, sur le cours de la fièvre ty
pendant le commencement de l'année co

MAYOR communique les observations sui
tée par l'électrolyse ; 2° *Auscultation des*
e, et 3° un cas d'*albuminurie* guérie,
parenchymateuse.

ARTIN, à propos de la première communic
s avec succès la méthode préconisée pa
nent des tumeurs érectiles, et qui con
gouttes de liqueur de Piazza.

AYOR croit qu'un des grands avantages du
l'absence de suppuration, qui existe to
lles propres.

VILLIOD a traité avec succès une tumeur
ant nouveau-né, par la simple applicatio
ors, ressemblant assez aux serre-papiers
isième communication, il croit que le pl
dyscrasiques et pour lui dans la plupart
lade, ne s'enflammerait, que parce qu'
cas en question, il croit que l'on doi
la cause de l'albuminurie, et que le p
de la malade doit être très probablement

ETZ à propos de la seconde observation
fœtus avec le nombre de pulsations q
ation.

AYOR a trouvé que dans ce cas la loi de Fr
ainsi le fœtus mâle, de beaucoup le plu
e fœtus femelle 145 pulsations.

L. REVERDIN croit que le traitement des
is n'est pas complètement inoffensif, il r
ort, à la suite d'injections pratiquées dan

ESPINE pense que l'idéal de l'auscultation
re serait de pouvoir ausculter simultané
pas sans réserves l'explication donnée p
de roulement que l'on entend intercalé e

ut entendre ces mêmes sé
ıe. — Quant à la troisiè
e néphrite parenchymateu
tre, comme paraît le fair
[illegible]
ainsi qu'en celui de M
s titres de M. le Dr *Scheu*
ndant. Il insiste surtout
l'action physiologique et
plus spécialement dans l

ité nomme membre corr

Le Secrétaire : Dr E. Ma

ıRAPHIE

ler Medicin, IIe Hälfte. I
ıeil. Munich, 1866.

clinique médicale à l'u
ı partie de son ouvrage s
tante, puisqu'elle traite d
grand mérite de ce livre
de longues années dans
t d'être clair, concis et pra
discussion théorique. En
ıe 190 pages.
ıcrès aux réactions norm
la « réaction de dégénére
. de Erb, et pour laque
tout au moins la simul
te ne pouvait rien renfe
ensuite la partie origina
apie proprement dite, et
se:. le coup d'œil, l'espri
ıomme éminent, l'on po
ls pr.tiques, d'applicatio
ne l'ttente n'est pas tro
ristesse que tout ce que
trique, » nous le devons
ans que la physiologie

in secours, l'au
observations qu
nent qui d'après
s.
les fondamentale
ologne avait du
limites du possib
r des électrodes
i. Pour l'électri
grands électrode
destinés aux
long sur 8 et 1
pour l'électrisat
dans les paralys
articulations est
i, et la couvrant
odes n'est pas
action est à pe
ir le nerf ou le n
même temps, l'a
autant plus pro
vira suivant le
spécialement su
c effets centrifu
cutanée à ceux
t identique. Lor
n emploie volon
périphérique et g
irant, Ziemssen
courants faibles,
nent sensibles à
m des courants.
ation ne doit gén
is cas (névralgi
faibles et aux a
e.
rale, l'applicatio
est plus grande
application de c
ar l'emploi d'int
mêmes règles s'a
etc.
de l'ouvrage, d
ncipaux, traite d

Centres nerveux. L'électrisation polaire (anode [1] au côté supposé de la lésion) et bipolaire *du cerveau* convient avant tout aux névroses fonctionnelles du cerveau, à l'état neurasthénique et hystérique, à la céphalée des adolescents, la mélancolie, l'épilepsie, etc.

Le traitement des névroses du cerveau (cérébrasthénie, etc.), par la faradisation cutanée (effet centripète) mérite une mention spéciale depuis les publications de Beard, Vulpian, Granet et Rumpf. Vulpian et Granet auraient même trouvé que le bras est de toutes les parties du corps celle qui se prête le mieux aux actions centripètes.

Moelle épinière. La condition sine qua non de réussite est d'électriser la moelle avec des électrodes de forme et de grandeur correspondant à l'étendue de la lésion à traiter. Dans les processus diffus, qui s'étendent sur une grande partie de la moelle (neurasthénie spinale, tabes dorsalis, etc.), il faut employer des électrodes très longs, couvrant presque entièrement la colonne vertébrale; la moelle est ainsi traversée par un courant d'une densité plus égale, et d'une plus grande intensité que lorsqu'on se contente d'appliquer un électrode (généralement trop petit) à la nuque et à la partie lombaire de la moelle. Lorsque le diagnostic permet de localiser le siège de la maladie, le meilleur mode d'électrisation consiste à appliquer « loco dolenti, » un électrode de moyenne grandeur (16 sur 15 cent.) le pôle indifférent au sternum, ou au creux épigastrique (plexus solaire). C'est ainsi qu'on doit électriser les points rachialgiques.

Dans l'irritation spinale, la faradisation cutanée à la brosse métallique réussit parfois quand la galvanisation polaire positive ou les courants ascendants ont fait défaut.

Maladies organiques chroniques. 1. *Paralysie bulbaire* : On peut parfois obtenir une amélioration de la parole et une déglutition moins pénible par la galvanisation de la nuque (pôle +), le négatif au cou, avec inversions fréquentes du courant.

2. *Tabes. On électrisera la moelle avec des électrodes qui la recouvrent entièrement*, courants ascendants *stabiles* (fixes) ou *labiles* (mobiles), un pôle au plexus solaire; on pratiquera aussi la faradisation cutanée avec la brosse métallique; séances d'abord tous les deux jours, puis tous les jours.

Paralysie infantile. Un électrode à la partie de la moelle que l'on est en droit de supposer malade, le second électrode recouvrant les muscles atrophiés. Il sera toujours utile de faire passer les deux courants l'un après l'autre; on emploiera le faradique lors même que les muscles ne réagissent pas à ce courant. Les inversions du courant sont utiles lorsque les muscles ne répondent que faiblement au courant de la pile.

Névralgies. C'est ici que la méthode polaire (avec très grands électrodes) compte ses plus beaux triomphes (anode aux points douloureux, pôle négatif au sternum ou au plexus solaire). Les séances doivent être

[1] Anode = pôle positif, kathode = pôle négatif.

et Ebstein ne renverse point
M. Schiff et ne sert qu'à leu

l'exposé des recherches o
atteint de fistule gastrique et
s cette Revue. M. Herzen m
'influence favorable des pe
ur son malade.
. Herzen passe aux applicati
l a développées dans ses d
des peptogènes que l'on po
ines dyspepsies de l'adulte o
ès au lait de l'enfant nouveau
nes donnés en lavements se
on de boissons abondantes et
viande, surtout s'il a été l
socié à de la dextrine, peuve
igestion.
tion de la pepsine étant s
t les substances peptogènes
cilement peptonisés tels que
peptones, si toutefois on p
ue les diverses peptones d
ans le travail original.

—

édecin de division. Die Ar
armée suisse et sa répartitio
crutement. 42 p. avec une

cher est comme le corollaire
sement et la réforme dans l'a
bre 1885 et du 15 mars 18
ec la répartition territoriale
tement est insuffisant pour r
re normal et donne, en outre
l'autre. Cette inégalité, parfo
la population mâle des cer
tion géographique très inéga
nitive, ce qui donne des r
n service. Dans le but de
s actuel, M. Bircher se livre
s de ce problème statistiqu
périences acquises de 1875 à
tion. Il conclut en proposa

tition territoriale un peu différente de l'ac
certaine prolongation du temps de service d

Ce travail, d'une portée plutôt militaire q
hérissé de chiffres qui se prêtent peu à l'
fruit par tous les médecins militaires.

Mentionnons, pour terminer, que l'auteu
dégénérescence progressive dont on a acc
suisse. Le crétinisme et le goitre ont toujour
Des mensurations et des essais faits par M. I
servées à l'arsenal de Zurich, il résulterait
surtout le périmètre thoracique du soldat sui
ques siècles. Ce progrès physique de la ra
une meilleure alimentation. La charge tot
atteint 30 kilogrammes et les fatigues qu'i
supérieures à ce qu'elles étaient à l'époqu
ancêtres.

—

Congrès français de chirurgie, 1re session,
mémoires et discussions publiés sous la
secrétaire général, 1 fort vol. grand in-8o
F. Alcan.

Le premier congrès français de chirurgie
sous la présidence de M. U. Trélat compre
distincts. Les séances du matin étaient con
tants, mis à l'ordre du jour du congrès, sav
des infections chirurgicales ; des indications
nit à la pratique chirurgicale ; des meilleur
la chirurgie d'armée ; cure des abcès froids
dans les blessures profondes de l'abdomen. C
des communications et à des discussions t
du soir étaient réservées aux autres travaux
congrès. — C'est ainsi que 90 communicati
sant les chirurgiens sont insérées dans ce v
valeur de la chirurgie française.

—

F. Margary. Callo deforme da frattura dell
Archivio di orthopedia, Ann

L'ostéotomie linéaire du radius a été pr
pour remédier à la difformité laissée par un
rieure du radius mal réduite; Margary r
simple peut corriger le dos de fourchette, m
de l'apophyse styloïde du cubitus et sur l
radius; dans les fractures mal réduites,
diminue la longueur du radius, le cubitus r

long; c'est par suite de ce raisonnement que Margary a pratiqué, dans le cas dont il publie l'observation, l'ostéotomie linéaire du radius et l'ostéotomie trapézoïde du cubitus; l'opération faite pour une déformation très marquée, consécutive à une fracture datant de trois mois, donna un excellent résultat. J.-L. R.

—

C. Schroeder. Maladies des organes génitaux de la femme, trad. franç. par E. Lauwers et E. Hertoghe, 1 vol. in-8°, avec 189 fig. dans le texte. Bruxelles, 1886, A. Manceaux.

Le traité du savant professeur de Berlin est déjà arrivé à sa sixième édition, aussi méritait-il depuis longtemps les honneurs d'une traduction, dont se sont fort bien acquittés MM. les Drs Lauwers et Hertoghe. Ce traité expose successivement l'exploration gynécologique, puis passe en revue les anomalies de l'utérus, ses phlegmasies, ses déplacements et changements de formes, ses néoplasmes, la menstruation et ses anomalies, les affections des oviductes, des ovaires, des ligaments, du vagin et de la vulve. L'auteur est généralement partisan de l'intervention opératoire, il est un de ceux qui ont le plus souvent pratiqué l'hystérotomie totale ou partielle. Son traité est un manuel très complet et qui fera bien connaître au lecteur de langue française l'état de la science gynécologique en Allemagne. C. P.

—

L. James, pharm. de 1re classe. Manuel des étudiants en pharmacie, 2 vol. in-12. Paris, 1886. J.-B. Baillière et fils.

Ce manuel destiné aux étudiants en pharmacie pour la préparation de leurs examens, nous paraît conçu sur un excellent plan ; il expose successivement les décrets et règlements relatifs à la pharmacie, les analyses chimiques, la toxicologie, la pharmacologie, les travaux pratiques de micrographie, la botanique, l'histoire naturelle des drogues simples, la géologie, la minéralogie et l'hydrologie. Un grand nombre de figures facilitent l'intelligence du texte. C. P.

—

Dr Merle. La coniase biliaire et ses symptômes. Paris, O. Doin, 1885.

L'auteur, médecin à Vichy, décrit sous le nom de coniase (de κονις, poussière) biliaire une affection caractérisée par la présence de sable dans les voies biliaires, sable qui est expulsé dans des crises de défécation revenant de temps en temps d'une façon impérieuse, et qui se trouve déposé au fond du vase quand on délaye les matières fécales avec de l'eau ; les symptômes généraux de l'affection, ses causes et son traitement diffèrent peu de ceux des calculs biliaires dont la coniase se distingue par l'absence de coliques hépatiques. Cinq observations terminent le travail de M. Merle. C. P.

VARIÉTÉS

ès INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE. — Ce con-
éunira à Biarritz du 1er au 8 octobre 1886, sous la présidence de
Durand-Fardel.
nité d'organisation a résolu d'appeler particulièrement l'attention
ertain nombre de questions réunies en un *programme* dont un
re sera envoyé à tout membre adhérent. Néanmoins, d'autres
oncernant l'hydrologie et la climatologie pourront être soumis
ès. Les auteurs sont priés d'envoyer au secrétariat du congrès
et *conclusions* de leurs mémoires, au moins un mois avant l'ou-
lu congrès.
yage d'excursions finales dans les principales stations de la
yrénéenne sera organisé suivant un programme communiqué
ement à chaque membre adhérent.
grès se compose de membres honoraires et de membres adhé-
tionaux et étrangers. Les membres adhérents nationaux et étran-
soumis à une cotisation de 12 francs.
mmunications ou *demandes de renseignements* devront être adres-
M. le Dr Garrigou, *secrétaire général du congrès*, à Toulouse
aronne), du 1er octobre au 31 mai ; à Luchon (Haute-Garonne),
in au 30 septembre ; — ou à M. le Dr de Lavarenne, *secrétaire*
du comité d'organisation, 21, rue Chaptal, à Paris, du 1er octobre
ai ; à Luchon, du 1er juin au 30 septembre.
hésions, accompagnées d'un mandat sur la poste de douze francs,
être adressées : A M. le vicomte de Chasteigner, *trésorier du*
à Biarritz (Basses-Pyrénées) ; ou à M. le Dr de Lavarenne, *secré-*
orier du comité d'organisation, aux adresses indiquées plus haut.
ispensable qu'elles soient parvenues au *secrétariat du Congrès*,
, ou au *trésorier*, avant le 1er *septembre*, au plus tard, si l'on veut
le la réduction de 50 % consentie par les compagnies de chemins
des prix réduits des hôtels, assurés par les soins du comité.

—

DE SECOURS POUR LES MÉDECINS SUISSES. — Reçu en avril 1886 :
e. — MM. les Drs Isler (IIme don), 20 fr. W. à B. (IIme don),
uer (IIme don), 25 fr. Bruggisser (IIIme don), 20 fr. Zimmerlin
), 20 fr. (105 + 1322 = 1427).
ille. — Dr A. B.-M. (IIme don), 20 fr. (20 + 1890 = 1910).
ampagne. — Dr J.-U. Z.-M. à R. (IIme don), 5 fr. (5 + 290 = 295).
— Drs Russi (IIme don), 10 fr. Christener (IIIme don), 25 fr.
fr. Sahli (IIIme don), 10 fr., de Schiferli, 10 fr. Weber (IIIme don),
kob, 5 fr. E. R. à K. (IIIme don), 5 fr. Schneeberger (IVme don),
yss (IIIme don), 10 fr. Garot (IIme don), 10 fr. Chevillat (IIIme
fr. Ris (IIIme don), 10 fr. Leuenberger (IIIme don), 10 fr. Ger-
don), 20 fr. (205 + 3007 = 3212).
rg. — Drs Cuony (IIIme don), 10 fr. Anonyme (IIme don), 10 fr.
5 = 265).
Gall. — Drs Schmid (IIIme don), 20 fr. Schelling (IIme don), 10 fr.
ger (IVme don), 50 fr. Kuhn (IIIme don), 50 fr. Rheiner (IIIme
fr. Schlumpf (IIme don), 5 fr. Zingg (IIIme don), 10 fr. Mürset
), 10 fr. C.-A. Custer (IIme don), 20 fr. (215 + 1635 = 1850).
. — Drs Éd. Martin, 100 fr. Lombard sen. (IVme don), 50 fr.
95 = 645).
— Drs Jenni aîné, 20 fr. Krüger (IIme don), 20 fr. König
n), 20 fr. (60 + 290 = 350).

ınd (IIIme don), 20 fr. Walz (IIme don), 10 fr.

., 10 fr. Näf-Dula (IIIme don), 20 fr. H. Schnyder
ger (IIme don), 50 fr. Rösli (IVme don), 10 fr.
+ 855 = 985).
yme à R. (IIme don), 20 fr. Dr Frey (IIme don),
).
ınd, 10 fr. Real (IIme don), 10 fr. (20 + 100 = 120.
ıer (IIme don), 10 fr. Christen (IVme don), 10 fr.
ɔn), 20 fr. C. Kottmann (IVme don), 20 fr.

. (IIme don), 10 fr. (10 + 405 = 415).
ıelin (IIme don), 10 fr. El. Haffter (IIIme don),
), 20 fr. F. W. à J. (IIme don), 20 fr. W. à M.
ler, 10 fr. Anonyme, 5 fr. Anonyme, 10 fr. Ano-
(165 + 905 = 1070).
Dufour (IVme don), 40 fr. (40 + 710 = 750).
me don), 10 fr. (10 + 220 = 230).

Zurich. — Dr Heussy (IIme don), 5 fr. Riedweg (IIme don), 10 fr. Kleiner (IIme don), 10 fr. Amstad, 10 fr. Vontobel (IIme don), 10 fr. Hüni, 20 fr. Mme Heim-Vögtlin (IIme don), 20 fr. d'Orelli (IIIme don), 50 fr. S. à Pfäffikon, 20 fr. Matter (IIme don), 15 fr. Prof. Forel, 20 fr. Dolder, 20 fr. Treichler (IIme don), 10 fr. Heusser (IIIme don), 20 fr. Hegner (IIIme don), 10 fr. G. à Z. (IIIme don), 20 fr. Nüscheler (IIIme don), 10 fr. de Schulthess-Rechberg (IIme don), 15 fr. Zehnder (IIIme don), 40 fr. (335 + 4438 = 4773).

Compte pour divers. Dr Éd. Hess au Caire (IIIme don), 25 fr. (25 + 3235 = 3260).

Total : 1635 + 22,430 des listes précédentes = 24,065 fr.

Bâle, le 3 mai 1886. *Le Trésorier :* A. Baader.

Maladies infectieuses signalées au Bureau de Police sanitaire du canton de Vaud.

AVRIL 1886.		Fièvre typhoïde.	Fièvre puerpérale.	Variole.	Varioloïde.	Scarlatine.	Rougeole.	Croup.	Diphthérie pharyngienne.
DISTRICTS	COMMUNES	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.
Lausanne.	Lausanne	....	....	4	2	11	....	....	2
	Prilly	....	....	2	....	....	....	....	....
	Cheseaux	....	....	....	....	1	....	....	....
Grandson.	Champagne	....	....	....	1	....	....	....	....
Aigle ...	Ollon	2	....	....	....	....	....	1	....
Oron	Vuibroye	....	....	....	....	....	....	....	1
	TOTAUX	2	....	6	3	12	....	1	3

Le total des décès dans le Canton de Vaud pendant le premier trimestre de 1886 a été de 1415, sans compter 75 mort-nés. Les causes des décès attestées médicalement ou officiellement sont variole 4, rougeole 6, scarlatine 4, diphtérie, croup 17, coqueluche 10, érysipèle 2, fièvre typhoïde 9, maladie infectieuse puerpérale 1, phtisie pulmonaire 137, affections aiguës des organes respiratoires 188, vices organiques du cœur 115, apoplexie cérébrale 54, entérite des petits enfants 36, accidents 17, suicides 32, homicide 1, cause incertaine 2, autres causes 522, sans attestations médicales 258.

BULLETIN DE STATISTIQUE MORTUAIRE ET ÉP

Rédigé par le prof. P.-L. DUNANT

DÉCÈS	(Genève, Plainpalais, Eaux-Vives)				(la commune de)				(l
	72,135 habitants				32,822 habitants				11,
ANNÉE 1886	AVRIL			Mois précédent.	AVRIL			Mois précédent.	
	Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total		Masc.
Variole	....	....	....	....	1.	....	1.	1.	....
Rougeole	....	....	....	....	....	....	....	1.	....
Scarlatine	....	....	....	....	1.	....	1.	2.	....
Diphtérie, croup	....	....	....	2.	....	1.	1.	2.	....
Coqueluche	3.	4.	7.	6.	....	....	....	....	....
Erysipèle	....	....	....	2.	....	....	....	....	....
Fièvre typhoïde	3.	2.	5.	2.	....	....	....	....	....
Dysenterie	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Infection puerpérale	....	....	....	2.	....	2.	2.	1.	....
Autres infections	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Phtisie pulmonaire	11.	15.	26.	26.	5.	7.	12.	6.	1.
Bronchite chronique	1.	4.	5.	7.	1.	....	1.	3.	....
Bronchite aiguë	4.	9.	13.	10.	1.	1.	2.	5.	1.
Pneumonie	8.	4.	12.	18.	1.	3.	4.	6.	1.
Pleurésie et suites	3.	....	3.	1.	....	....	....	2.	1.
Autres affect. respir.	2.	2.	4.	7.	2.	3.	5.	2.	....
Affections cardiaques	7.	9.	16.	27.	1.	6.	7.	4.	....
Autres circulatoires	....	2.	2.	1.	....	....	....	1.	....
Diarrhée, athrepsie	3.	3	6	12.	1.	3.	4.	6.	1.
Autres affect. digest.	4.	2.	6.	10.	3.	2.	5.	5.	3.
Apoplexie	2.	3.	5.	8.	1.	....	1.	6.	1.
Autres affect. nerv	12.	6.	18.	18.	9.	2.	11.	9.	....
Affect. génito-urinair.	5.	6.	11.	7.	2.	4.	6.	3.	1.
Autres affections générales	2.	4.	6.	10.	5.	3.	8.	7.	....
Autres affections locales	5.	6.	11.	13.	1.	....	1.	2.	....
Traumatisme	3.	....	3.	....	2.	....	2.	2.	....
Mort violente	3.	....	3.	1.	2.	....	2.	2.	....
Causes non classées	2.	2.	4.	7.	....	....	....	2.	....
TOTAL DES DÉCÈS	83.	83.	166.	201.	39.	37.	76.	79.	10.
dont dans les hôpitaux	29.	17.	46.	64.	12.	7.	19.	24.	3.

DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES ET PRÉDOMINANTES

LLES SUISSES

Bureau fédéral de statistique.

(4 semaines).

VILLES SUISSES de plus de 10,000 habit[s]	Population calculée 1er juillet 18.	Total des décès.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche	Fièvre typhoïde et typhus.	Infection puerpérale.	Phtisie pulmonaire.	Affections respir. aiguës.	Entérite des jeunes enfants.	Autres causes.
Zurich ensemble	.87,689	.181	.14.	.11.	....	..4.	..3.	....	....	.19.	.36.	..3.	.92.
Bâle.....	.70,647	.121	....	....	....	..1.	..4.	..2.	..1.	.24.	..7.	.11.	.71.
Berne	.48,601	.113	....	....	....	..3.	..1.	..2.	....	.27.	.14.	..2.	.64.
Chaux-de-F.	.23,866	..46	. ..	...	....	..6.	..2.	..1.	....	..4.	..9.	..2.	.22.
Saint-Gall ..	.24,097	..46	....	....	....	..3.	....	....	..1.	..8.	..9.	..2.	.23.
Lucerne....	.19,707	..45	....	....	....	..2.	.3.	....	....	..9.	..9.	..1.	.21.
Neuchâtel ..	.16,891	. 37	....	....	....	....	....	....	....	..4.	..8.	..1.	.24.
Winterthour	.15,935	..25	....	....	....	....	..1.	....	....	..6.	..5.	....	.13.
Bienne.....	.13,583	..36	....	....	....	..4.	....	....	..1.	..7.	.2.	..1.	.21.
ens.	.12,628	..23	...	....	....	....	....	....	....	..5.	..5.	..3.	.10.
....	.11,838	..18	..1.	....	....	....	....	....	....	..2.	..2.	....	.13.
....	.10,537	..23	...	....	....	....	....	....	....	..4.	..3.	..1.	.15.
LE [1].	472,380	.949	.16.	.12.	..1.	.23.	.19.	.10.	..4.	153.	150.	.34.	527 [2]
4 semaines précédentes	*1068*	*.27.*	*..6.*	*..8.*	*.25.*	*.26.*	*..2.*	*..7.*	*172.*	*155.*	*.89.*	*601.*	

[1] Y compris Genève, Lausanne et Fribourg.

Pendant la même période et dans les mêmes villes il a été enregistré :

Naissances 957 Mort-nés 56

[2] Dans ce nombre sont comptés les décès suivants par :

Vice organique du cœur	42	Accident	8
Apoplexie	31	Suicide	5
Érysipèle	6	Homicide	1

TABLEAU COMPARATIF DES DÉCÈS PAR MALADIES I

DANS QUELQUES VILLES D'EUROPE

PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE L'AN

Dressé en nombres proportionnels, le total des décès dans cha

SUISSE	Variole.	Rougeole.	Scarlatine	Diphtérie et croup.	Coqueluche	Typhoïde et typhus.
Genève. . . .	..2.	....	....	..6.	.16.	.18.
Zurich.	.85.	.15.	..1.	.41.	.48.	....
Bâle.	....	....	..3.	..5.	..6.	..9.
Berne.	....	....	....	.31.	.22.	..3.
Lausanne . .	.18.	.26.	.14.	.18.	....	....
Chaux-de-F.	....	....	....	.42.	.50.	....
Saint-Gall. .	....	....	...	.18.	....	....
Lucerne . . .	....	....	....	..8.	.63.	....
Neuchâtel. .	....	....	. ...	..9.	..9.	.27.
Winterthour	....	....	....	.40.	.10.	....
Schaffhouse.	....	.16.	....	.16.	....	....
Bienne	....	....	....	.31.	....	.10.
Fribourg . .	...	....	....	. 9.	....	....
Hérisau. . . .	.30.	....	....	.59.	....	.15.
Locle	....	....	....	....	....	....
ÉTRANGER						
Reims.	.53.	.96.	..2.	.37.	..5.	.16.
Nantes	..1.	..9.	..1.	.48.	..6.	.16.
Bordeaux . .	.17.	..1.	.1/2.	..7.	..6.	.17.

ÉTRANGER	Variole.	Rougeole.	...
Paris.	..6.	.15.	..
Lyon.	..2.	.39.	..
Marseille. . .	223.	.23.	..
Le Havre. .	..3.	....	..
Nancy.	....	..6.	..
Besançon. . .	.48.	..2.	..
Nice.	..3.	..1.	..
Bruxelles . .	..8.	..3.	..
Londres . . .	....	.19.	..
Pétersbourg	..2.	.30.	..
Berlin. . . .	....	.15.	..
Munich. . . .	.1/2.	.1/2.	..
Dresde. . . .	....	.31.	.1
Stuttgart. . .	....	..5.	..
Strasbourg .	....	.17.	..
Vienne	.18.	.15.	..
Buda-Pesth.	.30.	.57.	..
Rome.	.44.	109.	..
Turin	..4.	..1.	..
Venise.	.40.	....	..

RÉSUMÉ DU PREMIER TRIMESTRE 1886.

t principal de ce trimestre, en Suisse, le seul sur lequel je désire attention, a été la forte proportion des décès de varioleux à Elle a été moins forte au mois d'avril). Il est bien évident que ation de ce canton paye aujourd'hui chèrement le vote par lequel oli l'obligation de la vaccine. La leçon est sévère. Sera-t-elle ? On en pourrait douter en voyant le peuple bernois voter à son iberté d'infecter ses proches, ses voisins, tous ses confédérés !

vice militaire qui transplante les jeunes gens d'un bout de la l'autre, qui les mêle dans une même école, pourrait bien être n de quelques contaminations. Zurich est un point central de ıde circulation, et il y a eu aussi un ou deux décès varioliques à et à Lausanne, villes dotées de places d'armes fédérales. C'est de chose, sans doute, mais c'est suffisant pour que les médecins militaires se souviennent que, depuis le rejet de la loi fédérale pidémies, la Confédération a dû discontinuer les revaccinations, vait sagement ordonnées, des recrues et des hommes appelés au C'est aux autorités cantonales à y veiller maintenant, et aux s d'y suppléer selon leur pouvoir, par des revaccinations libres familles et dans les corps de troupe. Cela n'est pas aussi efficace accination obligatoire, les tableaux ci-dessous ne le démontrent , mais c'est au moins un palliatif.

ın mai 1883 que le peuple de Zurich a cédé aux agissements des antivaccinateurs ; les conséquences néfastes de ce vote mal- apparaissent clairement dans ce petit tableau qui indique trimes- rimestre la proportion des décès varioliques, sur mille décès géné- ns l'agglomération zurichoise.

Année.	1er trimestre.	2me.	3me.	4me.
1881	0	7	0	0
1882	0	0	0	0
1883	0	0	0	8
1884	9	0	0	2 ½
1885	6	14	14	38
1886	85			

e contre-partie du tableau ci-dessus en voici un autre, dont les sont puisés dans les publications de l'Office sanitaire impérial gne et du Bulletin de statistique sanitaire comparée du distingué ens de Bruxelles. Il fait voir la diminution énorme et perma- s décès par variole, en Allemagne, depuis l'application de la loi qui a rendu la vaccination obligatoire.

Deces par variole par 100,000 habitants dans un certain nombre de villes d'Allemagne et d'Europe.

	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885
Berlin.....	22.3	632.5	138.6	11.2	2.4	5.1	1.8	0.4	0.7	0.7	0.8	4.7	0.4	0.3	1.6	0.0
Breslau....	16.8	356.7	282.5	13.7	0.8	0.0	0.0	0.7	1.5	0.3	0.7	1.1	3.2	8.3	0.0	0.0
Hambourg..	25.0	107.5	95.2	0.8	0.5	0.0	1.8	1.2	0.2	0.0	0.0	2.2	0.4	0.0	0.0	0.8
Munich.....	0.0	88.9	61.5	2.9	1.0	0.0	0.5	0.0	0.9	0.0	0.0	10.3	2.9	0.0	1.7	1.3
Dresde.....	9.0	360.2	85.2	13.1	4.3	2.5	0.5	0.9	0.0	1.8	3.6	2.6	1.3	0.8	0.4	0.0
Londres....	30.2	242.1	53.8	3.5	1.6	1.3	20.8	70.9	38.8	12.1	12.5	61.9	11.0	3.4	22.7	22.0
Paris.....	546.2	?	5.5	0.9	2.4	13.6	20.1	6.8	4.4	45.8	103.9	49.4	29.6	20.4	3.5	7.9
Vienne.....	46.7	74.9	536.9	228.5	135.2	118.5	167.8	84.0	75.9	46.9	78.5	123.9	108.2	9.6	13.0	116.7
Prague.....	?	15.2	?	?	80.0	10.9	78.4	395.7	86.8	84.3	290.1	64.0	57.4	224.8	360.0	57.3
Pétersbourg.	?	?	?	?	?	?	?	?	144.9	142.6	21.5	28.1	77.2	46.7	15.2	11.6

RÉSULTAT GÉNÉRAL. —

Dä[illegible]s Virch. Arch Bd 50, Pl. XII.

Edmond Lardy del.

Edmond Lardy del.

Edmond Lardy del

VI^me ANNÉE. — N° 6. 15 JUIN 1886.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

De la résection des côtes dans le traitement des excavations et des fistules consécutives à la pleurésie purulente

(D'après des observations inédites),

Par le Dr de Cérenville,
ancien médecin en chef de l'hôpital cantonal à Lausanne.

Depuis sept ans environ, la question de la résection costale soulève l'intérêt du monde médical. Les sociétés et les publications chirurgicales s'en occupent avec l'ardeur que provoque toujours la discussion et la critique d'une méthode nouvelle. Le point de départ de cette campagne est assurément le mémoire d'Estlander de Helsingfors, publié à la fin de 1879 dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, sur la résection des côtes dans l'empyème chronique.

Les revendications ne tardèrent point à se manifester. On rappela de l'oubli une opération pratiquée en 1872 à Lyon par M. Létiévant, qui, pour parer à une hémorragie de la plèvre avait réséqué deux côtes à un malade atteint d'empyème. Frappé de l'enfoncement du thorax observé après cette opération, M. Létiévant reconnut le principe d'après lequel l'ablation de segment des côtes permettrait aux feuillets de la plèvre de s'affronter et en faciliterait le recollement. Il n'alla pas plus loin et ne paraît pas s'être préoccupé d'appliquer ce principe à d'autres cas d'empyème.

On trouve d'autre part dans la chirurgie allemande des exemples d'opération analogue. Sans parler des nombreuses

opérations qui ont enlevé un fragment d' de faciliter une opération d'empyème, o Heinecke et Otto Vee, qui ont pratiqué la pour favoriser le rapprochement des feuille

C'est à Estlander que revient, malgré to généralisé et rendu méthodique ce qui n' par ses prédécesseurs. Il a le premier ap important de cas d'empyème une idée orig exposé de toutes pièces la méthode et les moire, très complet dans sa concision, est tion, d'observation et il n'y a pas grand'ch ses traits principaux.

Cela établi, il ne me saurait être ind qu'en 1877 déjà, deux ans avant que par lander, j'avais eu l'idée d'enlever des frag favoriser l'occlusion de cavités suppurante je l'ai mise en pratique. En 1878 j'eus u d'essayer une méthode que je croyais neuve. La réussite fut complète. Je comm en présentant le malade à la *Société v* (3 avril 1879).

Un autre cas analogue fit le sujet d'une Société romande de médecine, réunie à L 1879. Les conclusions qui figurent dans cette séance (*Bulletin de la Soc. méd. d 1879*) y sont formulées comme suit :

« L'opération de la résection costale pe son :

1° de cavités volumineuses de la plèvre.

2° des fistules persistant après la thor cence lardacée du trajet).

3° des cas d'empyème avec cicatrisation à ce que les conditions mécaniques cessent

Espérant obtenir par la suite un plus gr vations concluantes, je ne donnai pas à ma publicité plus étendue. J'eus tort, car peu rut le travail d'Estlander.

Les témoignages d'un certain nombre d pays, qui ont successivement passé dans internes, pourraient faire foi dans cette q qui n'a plus qu'une faible valeur actuellem

ne saurais insister davantage. Il n'en est pas moins établi que par une singulière coïncidence, alors qu'Estlander faisait ses résections de côtes à Helsingfors, sur les bords de la Baltique, cette opération était mise en pratique à l'hôpital cantonal de Lausanne, sur les rivages du Léman, avec des indications qui concordent très exactement et ne diffèrent que sur des points de détail.

Dans ces conditions, j'ai préféré attendre pour publier mes observations d'en avoir à ma disposition un nombre plus important qui me permît peut-être de développer quelques points spéciaux de méthode et de diagnostic.

Ce mémoire s'appuie à peu près exclusivement sur mes observations personnelles et sur des notes prises au lit du malade par moi et par les excellents internes que j'ai eu le privilège d'avoir comme collaborateurs. J'ai eu en traitement 53 cas de pleurésie purulente. Sur ce chiffre, 12 ont nécessité une résection costale plus ou moins étendue, en dehors des cas de résection portant sur une côte seulement, en vue de simplifier l'opération ou le traitement consécutif.

En outre, pour la partie opératoire, j'ai tenu compte des résections pratiquées dans les cas d'affections pulmonaires, et communiquées en 1885.

Désirant ne pas abuser de la bienveillance des rédacteurs de la *Revue médicale,* non plus que de la patience de ses lecteurs, j'ai abrégé le chapitre des « observations » et n'ai rapporté qu'un certain nombre de cas, les plus démonstratifs. L'un a déjà figuré, comme type d'une lésion mixte, dans le mémoire précédent.

La résection costale trouve son application dans une grande variété d'affections de la plèvre, sans parler des indications qui peuvent se présenter dans les caries des côtes, les suppurations provenant d'ostéite ou de périostite et situées en arrière du plan osseux.

J'exposerai d'abord sommairement les circonstances qui peuvent indiquer, en cas de pleurésie, l'ablation d'*un* segment de côte, ce qui constitue *la forme la plus simple* de cette opération.

Elle peut être utile ou nécessaire :

Pour faciliter la thoracotomie et le traitement consécutif.

Pour ouvrir une fenêtre dans la plèvre costale.

1. *La résection costale considérée comme appui de l tomie.*

Dans les pleurésies chroniques, les côtes peuvent rées les unes contre les autres de façon à rendre l'i l'espace intercostal fort difficile. Le bistouri le travers gle, peut léser les vaisseaux intercostaux et détern hémorragie d'autant plus à craindre que la ligature ple compression sont plus malaisées.

Une fois la plèvre traversée, l'introduction d'un tub nage de dimensions satisfaisantes rencontre des diffic ne pénètre qu'avec peine, il s'aplatit, les lavages et ment du pus souffrent également.

Enfin il peut arriver l'accident que voici, dont j'ai frir à deux reprises et qui n'est pas sans gravité. Le fois introduit, peut s'échapper accidentellement au quelques jours, par un simple mouvement trop brusq lade ou simplement parce qu'il est trop court.

Rien de plus facile, semble-t-il, que de réintroduir de caoutchouc d'une certaine consistance dans un tra déjà conformé par sa présence, et s'il ne rentre pas lité, de le repousser avec un stylet conducteur. Or, l'e montre que, par suite d'une disposition difficile à co peut y avoir impossibilité absolue non seulement de trer le tube, mais même de retrouver le trajet au styl exposé à cette alternative de laisser l'abcès pleural à l ou de procéder à une nouvelle incision intercostale.

L'ablation d'un fragment de côte fait éviter cette ture. Elle permet de donner à l'incision la direction la tiligne possible, et de rendre le trajet assez béant p duire facilement et réintroduire un tube de fort calibr

L'incision de la plèvre se fait, une fois la côte réséq le vide laissé par l'os et au travers du périoste. Les ne courent aucun risque d'être touchés pendant l'op corrodés par le contact du tube dans le cours du trait

Il peut se rencontrer dans le cours d'une pleurésie opérée la complication que voici :

La thoracotomie pratiquée à la manière habituelle, ment établi, l'écoulement du pus peut s'opérer libr tout marche à souhait pendant longtemps, jusqu'à c passe dans l'intérieur de la cavité pleurale des mod lentes, impossibles ou délicates à constater au mo

sonde, et qui rendent le trajet imperméable. Le pus s'accumule dans l'arrière-cavité qui s'étend, devient anfractueuse, les injections pénètrent bien, mais ne reviennent pas au dehors. La situation devient d'autant plus désagréable qu'elle est plus obscure. On peut supposer qu'elle est la conséquence de l'organisation des brides cicatricielles qui obstruent le trajet intrapleural et le rendent sinueux. Dans ces conditions, la meilleure chose à faire, sera de pratiquer la résection d'une côte. On arrivera promptement à rétablir le trajet et à l'élargir de façon à rendre impossible le retour de l'accident.

Dans l'un des cas d'empyème où j'ai eu à procéder de cette façon, l'incision avait été pratiquée dans l'espace intercostal voisin de la partie la plus déclive de la loge pleurale. Le diaphragme en se relevant peu à peu, avait obstrué la plaie et gêné les lavages. L'ablation de la côte située immédiatement au-dessus, l'incision de la plèvre au travers du périoste permirent de rétablir les choses en état.

L'ouverture de la plèvre faite avec résection de quelques centimètres de côte n'a pas de tendance à se refermer trop tôt, elle est protégée par les extrémités osseuses et reste béante longtemps.

Pour ces raisons, et quoique cet artifice préparatoire reste utile de préférence dans les formes chroniques et les périodes tardives de la pleurésie, il peut toutefois être recommandé à titre *préventif* dans la première période aussi, et tout particulièrement lorsque les parois thoraciques présentent une grande épaisseur et qu'une occlusion prématurée de l'ouverture peut être particulièrement désagréable.

2. *La résection d'une côte permet d'ouvrir dans le feuillet pleural une large fenêtre.*

Cette fenêtre permet l'introduction de la *curette.*

Quelquefois, plus rarement assurément dans les formes chroniques que dans les formes subaiguës, la plèvre renferme des masses fibrineuses adhérentes aux parois et qui sont un obstacle à la guérison, à cause de leur aptitude à contracter un caractère putride. On peut les enlever par les injections, et mieux encore par le raclage à la curette. Dans la pleurésie chronique, le raclage, qui a pour but l'ablation des granulations torpides et le nettoyage de la cavité pleurale, ne peut se faire d'une façon complète que par une ouverture assez large pour permettre à l'instrument de jouer dans tous les sens; cela n'est

pas le cas après l'incision pratiquée dans un esp
rétréci.

Enfin, dans le cas où la plèvre est tapissée de n
disposées au sphacèle, les solutions antiseptiqu
ne réussissent pas, parfois, à s'en rendre maître
plus énergiques, teinture d'iode pure, solutions
zinc, etc., rendent de bons services à la conditio
qués directement avec le pinceau d'ouate, sur le
lades. Cette manœuvre est à peine possible dans
habituelles de l'incision intercostale.

De la résection costale étendue appliquée
des excavations chroniques de la pl

Méthode et procédés opératoires.

Le procédé, dans sa généralité, est fort simp
deux mots : il consiste à tracer une incision sur
quer, à inciser les muscles s'il y en a, puis le pé
coller en suivant le pourtour de l'os, sur la loi
puis à sectionner la côte avec une pince tranchan

Ce procédé, si simple en théorie, semble à p
développement. En pratique il en est un peu a
ne m'en voudra pas de reprendre l'une après l'a
de l'opération pour les exposer avec quelques dé

1. *Incision cutanée.* — Elle doit être conduite
différente suivant que l'opération vise l'ablati
côte ou de plusieurs. Dans le premier cas, elle do
la convexité de l'os, tranchera la peau et le pl
d'une section nette et franche autant que possi
le périoste.

Dans le second cas, comme il faut éviter de n
lement les incisions cutanées, on choisit le mil
intercostal. Pour avoir les coudées franches, l
peau doit être suffisamment étendue, et dépas
centimètres la longueur du segment de côte à
est plus courte, la rugine ne pourra se mouvoi
tour de la côte et lésera le périoste, tout comm
pourra ressortir dans le domaine de l'incision
rioste ne se détachera pas franchement, la sect

difficile et l'opération prolongée inutilement. Donc, faire d'emblée une incision hardie dans les téguments.

2. *Section des muscles.* — Ce temps de l'opération doit aussi être mené sans hésitation. Si l'on procède par petits coups de bistouri, les tressaillements des fibres musculaires déplacent la ligne de section, l'incision devient irrégulière, déchiquetée et se cicatrise mal. Il est préférable de couper les fibres musculaires sur chaque côte, plutôt que dans l'espace intercostal, pour ne s'écarter en haut et en bas à la recherche des os que sous le plan musculaire.

Lorsqu'on le peut, il est préférable de couper les muscles dans le sens de leurs fibres. Cela peut se faire pour certains muscles thoraciques, pas pour d'autres. Le grand pectoral, le dentelé, le grand dorsal sont disposés de manière à le permettre. Si la résection se fait dans la région dorsale ou aussi dans la région antérieure inférieure, il en est autrement, les fibres musculaires n'étant plus parallèles ou à peu près, avec les côtes, seront sectionnées obliquement ou transversalement.

L'incision de la peau gagnera à être linéaire, la suture en sera d'autant plus facile et la réunion par première intention favorisée. Dans certains cas cependant, il y aura avantage à ajouter à l'incision linéaire un bras vertical, et à lui donner une forme de T. Ce sera le cas dans la région dorsale par exemple, où à cause de la profondeur de la plaie, il faut se ménager du jeu. Les opérateurs français ont proposé un vaste lambeau ovale, à convexité inférieure, qui, relevé par la main d'un aide, donne beaucoup de liberté au second temps de l'opération. Nous ne saurions recommander ce procédé, qui rend plus douteux la réunion par première intention et plus incertaine la guérison des plaies profondes. L'incision linéaire suffit à presque tous les cas, et ses avantages compensent largement les légers obstacles qu'elle apporte à l'achèvement de l'opération.

3. *Décollement du périoste.* — Une fois le périoste incisé sur le dos de la côte dans la longueur du fragment condamné, il est décollé avec raspatoire aussi loin que possible. Pour poursuivre le décollement, j'emploie une rugine spéciale, à bec mousse, recourbée en crochet. On arrive, en combinant un effort sur la côte avec un mouvement latéral de va-et-vient, à insinuer le crochet de la rugine sous le périoste, sur le contour de la côte et à isoler celle-ci complètement.

Lorsque l'espace intercostal est étroit, il est bon, une fois le

périoste ruginé d'un côté, de déplacer l'instru prendre le même mouvement sur le bord oppc rugine joue aisément sur un point autour de la vements vigoureux de latéralité font pénétrer l et isolent le fragment sur toute sa longueur.

4. *Section de l'os*. — Dans les régions antérieu du thorax, elle est aisée, les côtes y sont aplaties tes. Dans la région dorsale c'est autre chose et per une grande force.

L'instrument le plus approprié est la pince-sé rurgiens ou tout simplement un sécateur de vig concave se glisse sous la côte aussi loin que le périoste le permet, et la branche convexe tran section nette, sans esquilles. Une fois l'os tranch la rugine fait aigre et soulève le fragment, que soulever en insinuant, comme M. Aug. Reverd large et peu aigu dans l'éponge de l'os sur la tion.

La longueur des fragments qui peuvent être réséqués varie suivant les régions.

Dans la région latérale et antérieure, on enlè 6 centimètres et plus. Dans la région postérieus au delà de 4 centimètres. On n'en demande pas

Estlander admet qu'on peut avec une seule in jusqu'à trois côtes. Mon expérience me prouve q n'est pas à suivre et qu'il y aura au contraire s sacrer une incision à chaque couple de côtes. J'a jusqu'à trois, et j'ai vu qu'il arrive ceci : la cô sans doute attaquée plus aisément, parce que juste sur elle, mais lorsqu'il faut gagner les c dessus et au-dessous, le travail devient réellen incertain, les fibres musculaires sont dilacérées ment du périoste malaisé. On ne peut réussir q la plaie cutanée et musculaire.

Ce qui précède touche le procédé opératoire des côtes, dans ses traits généraux. Pour être j'étudierai de quelle façon l'opération varie da tions aux différentes régions du thorax et quelle d'allures elle peut y revêtir.

Considérations topographiques sur la résecti Un grand nombre de résections de côtes pr

vivant et pas mal d'études sur le cadavre m'ont prouvé à quel point l'opération diffère d'une région à une autre, combien elle est aisée dans la région latérale, par exemple, et malaisée dans la région dorsale. Cela m'engage à entrer dans quelques détails qu'il peut être avantageux de connaître. Je passerai donc en revue les résections des côtes dans la région *antérieure, latérale* et *dorsale* de la cage thoracique.

1. Région antérieure.

La première côte. — L'ablation d'un fragment de cet os ne peut concourir que dans une très faible mesure à la rétraction du thorax, en raison de la brièveté de l'espace dans lequel il est abordable. Ce fragment serait nécessairement très court et la diminution de capacité qui résulterait dans la pointe de la cavité thoracique ne compenserait point les dangers de l'opération.

Je pense donc que l'on peut en faire abstraction. L'opération est possible et je l'ai faite une fois, sur un phtisique porteur d'une caverne du sommet, sans fâcheuses conséquences. J'ai pratiqué une incision parallèle à la clavicule, à un centimètre au-dessous de cet os, puis j'ai détaché les fibres horizontales du pectoral, sectionné la côte en disséquant avec précaution le périoste, et j'ai enfin réussi à enlever un demi-centimètre de la côte. On ne peut pas espérer une résection plus étendue, à cause de la proximité redoutable des troncs veineux qui passent derrière la côte et pourraient être lésés par la rugine. L'espace est si étroit que l'instrument a à peine place entre l'insertion du scalène, la jugulaire et le tronc innominé. Ce détroit périlleux pourrait, en théorie, être franchi avec avantage pour attaquer un pyothorax enkysté du sommet. En pratique, on peut établir qu'une collection semblable s'étend toujours assez bas pour être abordable par l'espace intercostal ou par la résection de la deuxième côte.

La deuxième et la troisième côtes. — Elles forment un couple, au point de vue des difficultés opératoires.

J'ai fait cette résection pour pénétrer dans une collection purulente enkystée, en communication avec une bronche, et occupant le sommet de la cavité pleurale. L'opération fut heureuse.

Voici comment je procédai : incision de 6 centimètres dans

le deuxième espace intercostal, dissect
de l'aponévrose du grand pectoral, éc
cannelée de deux faisceaux musculaire
dénudée jusqu'au cartilage qui est c
mammaire interne, très voisine. Arri
sion sur les faisceaux du petit pectoral
saire pour enlever un fragment de 4 c
crochet l'extrémité interne.

J'obtiens ainsi une ouverture assez g
trer le bistouri dans le sillon de la côte
puis dans la plèvre épaissie, jusqu'à un
à peu près 3 ou 4 cuillerées à soupe de

Dans un autre cas, en procédant d
enlever les deuxième et troisième côte
cutanée.

Le plan musculaire du grand pector
ral à un moindre degré, sont disposé
traverser et décoller aisément, en rais
aponévroses inférieures.

Un mot sur l'*attitude* qu'il convient
dant l'opération, elle n'est pas indiffé
tenté de maintenir le bras dans l'al
parce que la région s'y développe mieu
dans cette attitude, de réséquer des
longs avec moins de risque de collisio
vière, dont la direction est redressée.
tude fait naître une difficulté, les faisc
tendus par l'abduction du bras gênent
petit pectoral, empêchent le décolleme
tion de l'os. On doit en conséquence m
ou très légèrement écarté.

Quelque aisée que soit la résection
faut attaquer le bord supérieur avec u
ciale, pour la raison que voici : *la pren*
Ce défaut congénital ne se laisse pas r
ser à une erreur topographique dang
d'une opération, une ablation de tume
rurgien habile, dans laquelle cette an
qu'au moment où la sous-clavière, trar
assistants d'un torrent de sang. L'aut
l'absence de la première côte.

Les quatrième, cinquième et sixième côtes. — Leur résection se présente plus souvent que celle des côtes supérieures, les excavations de la plèvre s'étendent plus fréquemment dans cette région. Le procédé opératoire sera sensiblement le même que dans le cas précédent, avec cette différence que les faisceaux du pectoral dirigés en éventail et non plus parallèlement aux côtes, ne peuvent être écartés, mais qu'ils doivent être coupés obliquement ou transversalement, pour développer le champ opératoire dans la profondeur. Il n'en résulte autre chose qu'une hémorragie plus abondante et une plaie plus déchirée. Il n'y a pas de rameaux vasculaires importants.

Les côtes sont aplaties, d'une consistance qui en permet la section à la pince très facilement. En outre, aussi près de leur insertion sternale, elles ne peuvent jamais se rapprocher assez pour empêcher le passage des instruments. C'est donc une région favorable, du côté droit du moins. Sur le côté gauche, le péricarde est un voisin désagréable.

2. Région latérale.

Cette partie du thorax peut être considérée comme la région d'élection, aussi bien du fait des conditions ordinaires de développement de la pleurésie que des dispositions anatomiques.

L'évacuation du pus, spontanée ou artificielle, a lieu le plus souvent dans la région latérale; c'est là, par ce fait, que se concentre l'empyème, et qu'il y a le moins de tendance au rapprochement des feuillets pleuraux. C'est au contraire dans la région postérieure que le poumon est refoulé, fixé, pendant la période de développement de l'empyème, c'est là aussi sur la limite entre la région postérieure et latérale, qu'il contracte habituellement ses adhérences. Lorsque la cavité pleurale reste ouverte, c'est le plus souvent dans une zone comprise entre la ligne axillaire postérieure et la ligne mamillaire. C'est là aussi que la résection des côtes agira le plus énergiquement.

La région latérale se présente avec les conditions anatomiques les plus favorables. Sur un espace compris entre le grand pectoral en avant, le grand dorsal en arrière, les côtes ne sont recouvertes que par la peau et les pointes du dentelé.

Il en résulte, outre une plus grande rapidité de l'opération, une hémorragie minime, cet avantage que l'opérateur pourra

pratiquer une résection osseuse étendue avec des inci
nombreuses. Il attaquera aisément, avec une seule
tanée, à condition de l'étendre, *trois* côtes au lieu d

La section des os est encore aisée dans la région
n'y a pas d'hémorragie à craindre si l'on prend soir
thoracique descendante.

3. Région dorsale.

Le champ opératoire de la résection costale diri
une excavation postéro-inférieure de la plèvre se
entre le bord de la masse sacro-lombaire, la 11'
pointe de l'omoplate, et la ligne axillaire postérieure
Il répond par conséquent au tiers postérieur des 8e
et 11me côtes, lorsque le bras est allongé au cor
élève le bras au delà de l'horizontale, l'omoplate e
en dehors, assez pour découvrir les 7me et 6me côte
notable étendue.

Ce déplacement peut être avantageux lorsque l
n'est pas accompagnée d'ouverture de la plèvre, ca
de l'omoplate sert à recouvrir les plaies osseusses
leur réunion. S'il est nécessaire de maintenir dans l
drain excréteur à ce niveau-là, le retour de l'omopl
rait et risquerait de compromettre le drainage.

Supposons que, comme dans l'obs. IV, l'opérat
à partie les 8me, 9me et 10me côtes : les téguments trav
morragie cutanée apaisée, le bistouri tombe sur l'
du grand dorsal, coupe les faisceaux de ce muscle ol
presque en travers, car l'incision doit être descenda
dans en dehors, pour rester parallèle aux côtes.

Poursuivant en profondeur, on ne rencontrera, av
ber sur le périoste, que le bord du long dorsal qui
sectionné en travers ou décollé et rejeté en dedans.
côte est comprise, on rencontre, au plus, le dentel
dont il faudra écarter l'insertion supérieure.

L'incision du périoste ne présentera pas d'autre o
l'hémorragie; cette membrane est vigoureusement v
dans cette région et son décollement provoque une
en nappe ou en jet qui peut être d'autant plus gên
plaie est plus profonde et qu'il est difficile de sais
rioles.

De la profondeur et de l'étroitesse de la plaie, de la résis des fibres musculaires et aponévrotiques, il résulte que l tion des côtes offre de véritables difficultés dans cette r Les côtes sont épaisses, massives, de forme prismatique vertes d'aspérités qui rendent lent et incertain le jeu de gine, qui ne décrit qu'avec une peine infinie le demi-cercle pour ramener sa pointe au bord opposé de l'os. Ces com tions concernent surtout la section de la première des côt l'on attaque, la seconde s'enlève plus facilement.

Le bord inférieur de la côte devra être ruginé en premie car l'artère intercostale est encore de fort calibre. Les cô se laissent pas facilement entamer, dans cette région, par cateur, il est préférable de le remplacer par la scie à c sous peine de voir l'os se briser en éclats, et de produir section irrégulière compliquée d'esquilles.

En procédant comme il vient d'être indiqué, on peut ver des fragments osseux atteignant une longueur de 6 à 7 sans courir de gros risques. Cela dépend du reste de la r Dans le côté, entre la 4me et la 8me côte, on arrivera à 8 c arrière on ne dépassera guère 5 cm., et en avant 6 cm. à d 4 à gauche. La 2me côte ne se laissera guère enlever q une longueur de 4 cm.

La moyenne d'Estlander est 4 cm., il a atteint 6 cm. tionnellement. Esmarch a été plus hardi. Il a opéré une fille que j'ai eu l'occasion d'examiner après la guérison. L laissé dans la région latérale, sous la peau, me fait sup qu'il a enlevé près de 9 cm. de chaque côte.

L'étendue de la résection dépend de la capacité de l'exca pleurale. J'ai enlevé au maximum 6 côtes, Estlander de n

Pansements et suites. — Une fois la résection termin nettoiera soigneusement le fond de la plaie au chlorure d ou à la solution phéniquée forte, on ébarbera le périoste muscles et on suturera l'incision cutanée après avoir dans chaque sillon costal un drain qui sera fixé à la pe me suis bien trouvé de relier toutes les plaies par un passé dans des ouvertures pratiquées sous le plan muscu et qui vient sortir par l'incision la plus déclive. On évite es rétentions. Après avoir placé un dernier drain plus fort a fistule, on recouvre la paroi thoracique d'une épaisse c le gaze et de ouate, et l'on exerce une compression modé roulant les tours de bande.

Le suintement sanguin est généralement
24 heures et exige un changement de pansen
suivant peut aisément rester en place 24 ou
de ce moment, s'il survient une élévation d
l'odeur ou des douleurs vives dans le cha
disposera le drain de la fistule de façon à l
couche d'ouate et à émerger dans un paq
recouvert seulement par les derniers tours
pourra s'écouler et l'on pourra faire une inje
pleurale sans enlever le pansement antisep
qui doivent être fortes et nombreuses, peuv
4me ou 5me jour. On obtient facilement la gué
intention de la plaie cutanée, les plaies profo
tement.

Il y a généralement, le soir de l'opérat
thermométrique à 39° ou plus, mais dès le le
lendemain le mouvement fébrile prend fin ; l
soignée des plaies osseuses et musculaires
exact, on évite les rétentions et la fièvre de r

Au bout de quelques jours, lorsque la rét
il est utile *d'appuyer l'aplatissement* de la
sur les extrémités des côtes. J'ai employé a
ce but, *deux forts et longs tampons d'ouat*
disposés verticalement, l'un en avant, l'au
champ de l'opération, et recouverts par le
les tours de bande. Il en résulte que les
sont infléchis en dedans et font marcher la
rencontre de la plèvre pulmonaire. M. Aug.
dans le même but le bandage herniaire ang
mités garnies de pelottes agissaient l'une en
l'autre en arrière, entre la colonne vertébral
de l'omoplate, dans un cas de résection laté

Hémorragies. — Les pinces hémostatique
ligature des hémorragies provenant de ram
la peau et des muscles. L'hémorragie du pé
gréable, c'est un écoulement en nappe dor
pas se préoccuper autrement que jusqu'à
du fragment d'os, pour le tamponner un ins
tion forte de chlorure de zinc ou d'acide phé
de la thoracique et de la thoracique inférieu

Quant à l'artère intercostale, elle n'est

ble que dans le tiers postérieur. Une fois le segment du côté réséqué, la ligature du vaisseau n'offre pas de difficultés, alors qu'elle peut en présenter dans une thoracotomie simple.

En revanche, la mammaire interne peut être lésée lorsqu'on coupe les côtes antérieures trop près du sternum. Chez un de mes opérés, il m'est arrivé de trancher ce vaisseau sans réussir à en lier le tronçon. La compression prolongée doit remplacer la ligature.

Lésion éventuelle de la plèvre costale. — L'épaississement de la plèvre, qui est la règle dans toute pleurésie chronique, donne une sécurité presque absolue, puisque le champ de la résection répond à la zone correspondante à l'excavation. Il se pourrait cependant qu'il y eût nécessité de réséquer les côtes en dehors des limites de l'excavation, à savoir lorsqu'une première résection, faite dans une grande étendue sur la région de la poche pleurale, n'aurait pas été suffisante. Il y aurait alors obligation, lorsqu'une seconde résection serait jugée nécessaire, d'attaquer les côtes dans un point où la plèvre serait peu adhérente. Il faudrait alors redoubler de précautions pendant le décollement du périoste et éviter les mouvements de va-et-vient de la rugine dont le bec pourrait dilacérer la plèvre. Il résulte de cette lésion une inflammation limitée avec points et dyspnée.

Phénomènes douloureux consécutifs à la résection. — La thoracoplastie n'est pas généralement suivie de douleurs vives. L'opéré ne ressent qu'une sensibilité sourde sous le pansement. Parfois cependant il en est autrement, en voici des exemples :

Chez l'un de mes opérés il se manifesta, de suite après l'opération et durant toute l'après-midi, des douleurs très vives dans le côté, avec respiration rapide, un peu de lividité; elles étaient dissipées le lendemain matin.

Chez un second, la résection de deux côtes en arrière eut pour conséquence une vive sensibilité dans l'épaule du même côté. Un troisième ressentit, après l'ablation de trois fragments de côtes antérieures, une douleur irradiée dans le bras et les doigts. Dans un des cas d'Estlander, le malade souffrit dans le côté opéré d'une douleur très intense qui persista plusieurs semaines.

Des faits intéressants que je ferai connaître ailleurs prouvent les rapports étroits qui relient les nerfs de la paroi thoracique et les intercostaux avec les troncs nerveux des extrémités homologues.

Deux fois j'ai observé, au moment de résecti
spasme dyspnéique fugitif, avec lividité et dilatat
les, au milieu d'une anesthésie du reste régulière

Quelques mots de l'*anesthésie*. — Une opératio
et aussi douloureuse que la résection de plusieur
pas être entreprise sans anesthésie. Or, celle-ci
doit être surveillée avec une extrême prudenc
s'assurer de l'assistance d'une personne expé
l'administration du chloroforme, et qui s'y cons
vement pendant toute la durée de l'opération. I
généralement fort débilités par une longue supp
fonctions respiratoires plus ou moins compromis
lation précaire à cause de la dislocation du c
éminemment disposés à des syncopes assez red
exiger l'emploi des injections d'éther. Les mena
qui se trahissent par la faiblesse du pouls, la res
ficielle et intermittente, la lividité, la dilatatio
peuvent se répéter plusieurs fois pendant le cours
en particulier au moment de la section des côtes.

Je ne saurais trop recommander l'*injection de*
tiquée un instant avant l'opération. Outre que
consacré cette pratique comme moyen de régular
sie chloroformique, elle est tout particulièrement
la résection costale. Les connexions réflexes des
ques et de la plèvre avec le bulbe rachidien sont
l'histoire des accidents nerveux dans les pleurés
le prouve abondamment. La morphine dont l'act
régulatrice sur les fonctions du bulbe est un fai
un rôle important dans la prévention des mena
dont j'ai parlé tout à l'heure.

Considérations générales sur les excavatio chroniques.

Cette étude comprend deux questions, la pren
sont les causes qui agissent dans le sens de la
excavations consécutives à l'empyème ; la secon
les moyens de reconnaître l'étendue et la con
cavités.

s éliminé,
ne extrêm
mparables
tralement
pouvant s
actent ent
moins éga
nps variab
acité et fi
en en laiss
sans impor

ses se pass
, le malad
e ne se c
, il reste u
, revêt sup
et altère

le soumet
mblables
la suite, c
ır évolutio
vue les di
es formes
, celles q
isent par c

des cavités justiciables de la résection

On doit, pour cet effet, considérer l
différents points de vue :

1° *La cause de la pleu*

La cause la plus favorable à la guéri
L'exsudat pleurétique qu'elle détermine
est toujours *limité* et toujours *enkysté*. L
une affection franche et dispose émin

llement et à une saine réaction, aussi, lors
mie est pratiquée à temps avec les précauti
voulues, la guérison est rapide et complète I
persiste dans une certaine mesure lorsque se
nent soutient le poumon et s'oppose à son ret
pleurésie purulente spontanée ouvre des
s favorables. L'exsudat est d'emblée plus
mineux, il se forme rapidement, refoule et
non. La surface de la plèvre a moins de plasti
s précédent, le pus est généralement plus sér
rsque la purulence provient de la *transfo*
chement séreux, qu'elle soit spontanée ou q
ai se présente sans conteste dans bon nombr
tions aspiratrices, elle crée des conditions
rminantes pour la formation des excavations
ntes entre les feuillets pleuraux.
s *maladies infectieuses* dont j'ai vu naître
dative purulente se rangent sous deux chefs :
rougeole et la *fièvre typhoïde* m'ont paru
épanchements de nature relativement favorat
nt promptement après l'incision de la plèvre
par le fait que la pleurésie y est secondaire et
monie.
ans la *scarlatine* et l'*infection puerpérale*, au
résie est primitive et éminemment antiplastiq

2. *La nature de l'épanchement.*

us il est franchement purulent, plus le pus
ore, plus sont favorables les chances de r
de des feuillets pleuraux. Plus le pus est sé
e, plus ces probabilités s'affaiblissent. Les po
ces d'abord, l'ouverture de la plèvre ensuit
, dès l'abord, de porter un pronostic affirmat
de l'épanchement.
fétidité prédispose à la persistance d'une gr
d'autant plus qu'elle frappe un épanchemen
corrode les parois, ronge les néomembrane
icité.
caractère hémorragique de l'exsudat n'est
eux. J'ai opéré plusieurs cas de pleurésie de
succès.

ı, la cavité pleurale peut renfe
ıe collection gazeuse coexis
ınt imprime à l'évolution de
rs qui méritent un développe
ıir la cavité pleurale par plus
variables que je résumerai
se, *l'exhalaison gazeuse, san*
cation de tout épanchement,
u'à l'épanchement purulent
st bien enkysté, la présence
ulté ; si l'enkystement est i
oupçonnée mais non démont
, l'apparition de gaz sans od
ollement vigoureux des feui
lu pus à travers la paroi thor
s. Le pronostic reste favora
ration chronique peu probabl
rsque, dans la collection pleu
épanchement gazeux plus
devient de suite moins encou
nt lorsque l'exsudat pleural
égorie qui donne la moindre
et le plus grand nombre de
chronicité, survivant à l'évac
de la plèvre. Le gaz, qui na
lent, sent mauvais, d'une od
us ou moins prononcée, parfo
clinique de cette variété
dépend de deux facteurs :
ı liquide, de l'*enkystement*

comme suit *ses dangers :* Si
et volumineuse, elle donne
Si la coque qui l'enserre
e manifestera sur la paroi th
ure. Si la coque est jeune, ré
e, la collection gazeuse sera
appe, se faufilant dans les
ans les mailles du tissu de n
oche en proche, elle peut att
umon ou les parties supérieu

pleurale, en vertu de sa densité faible
gravement la formation des adhérences
rompant la cohésion du tissu nouveau.

Cette action mécanique des gaz renfe
donc à l'encontre des qualités que les f
vent posséder pour aboutir à une cica
Lorsque le gaz n'est pas fétide, il n'agit
pansion, mais lorsque, au contraire, il es
très faible degré, il modifie rapidement
tion, rend les fausses membranes inertes

En résumé, la pleurésie purulente da
avant toute opération un épanchement
des conditions plus graves que dans le
ment au temps nécessaire à la guérison
l'apparition d'un pneumothorax de ce
limité, doit entraîner l'ouverture du fo
charge pas de ce soin, dans un court dél

Lorsque les gaz *viennent de l'extérieu*
férente, car la cavité pleurale a cessé d'
Qu'il y ait communication avec l'exté
que ou par voie thoracique, cela n'est ég
voie thoracique laisse entrer l'air et lui p
l'expiration suivante, il n'en résulte pas d
sion dans la cavité pleurale, sauf dans q
où la *fistule*, spontanée, étroite, sinueuse
pirer. La voie bronchique, en revanche,
une disposition spéciale, *en soupape*, pr
de l'obliquité de la perforation, de l'in
l'orifice. Il en résulte que l'inspiration ap
certaine quantité d'air qui est retenu da
en conséquence, à chaque mouvement res
nouvelle quantité de gaz dans la poche p.
s'augmente d'autant.

On voit que dans ce cas spécial, facile
temps s'écoule jusqu'à ce que la plèvre s
plus le rapprochement des feuillets est in

3. *Le mode opératoire, les in*

L'élément gazeux, venu de l'extérieur
n'a plus la même influence que la présen

ılent décomposé. L'air qui
ar une plaie d'empyème ou
e crée pas d'obstacle à la g
ı que la coque membrane
il n'est pas le cas, l'air al
ıdhérences, nuit à la cica
ant, retarder, autant que
ème, et faire précéder la
s réitérées pour gagner
nodifier avantageusement
ème, diminuer la pressio
n, empêcher l'extension d
pération radicale, et affai
s et anfractuosités.
le l'obs. VIII, il a été
la thoracotomie, et malgr
. L'erreur a consisté à
intercostale commandée
neumothorax. On eût do

ontestable que les ponctio
ı générale sans cette objec
gazeuse. Si l'exsudat es
ut contenir en dissolutio
que la ponction aspiratri
ue, et gagnent les régions

ué que *tel ou tel mode opé*
ait une influence détermi
excavations, à cette condi
suré et qu'il n'y ait pas d
ne large issue à la supp
ents doit cependant être
thoracotomie avec drain
procédé qui consiste à int
avité pleurale, un long tub
ırs années, pratiqué cette
ırquoi: Le tube de caoutc
geant dans une bouteille q
ulement aussi bien qu'un
r. On pare à cet inconvé

le vase et en siphonant un liquide dans la cavité pleurale. ce flot qui régurgite exerce sur les adhérences en voie de mation une pression qui leur est évidemment nuisible, il court par voie mécanique à retarder le recollement. En ou il laisse dans le fond de la cavité une certaine quantité liquide en stagnation qui imbibe, pénètre les tissus, et ten diminuer la plasticité des parois. Lors donc qu'il n'y a pas raisons majeures, celles qui naissent de la putridité de l'e dat, pour indiquer les injections intrapleurales, pratiquées siphon ou à l'irrigateur, je pense qu'il vaut mieux s'absteni se contenter de veiller au maintien d'un pansement antise que exact. Si l'on s'abstient de tourmenter la plèvre et adhérences en respectant le travail de la bonne nature, favorise d'autant l'oblitération du foyer. Si les injections nécessaires, on les fera avec prudence et ménagement, en tant l'introduction d'une grosse masse de liquide.

Dans les considérations qui précèdent j'ai cherché à résu les conditions qui peuvent permettre de prévoir, étant donn cas de pleurésie purulente, si les perspectives de guérison r lière à la suite de l'opération usuelle sont favorables ou s contraire on peut pronostiquer un long traitement consécut la persistance d'une poche rebelle à la cicatrisation. Il n pas de règles fixes et ces appréciations ne peuvent être que approximatives, car il est certain que

4° Le *facteur individuel* joue ici comme toujours en méde un rôle souvent insaisissable, que le mode de réaction inf matoire est fort variable. On a affaire parfois à un épaississer considérable de la plèvre, d'autres fois celui-ci est insignifi Or une plèvre épaissie est une condition favorable de rétrac de la cavité, parce que, lorsque celle-ci est très puissante, contribue à rétrécir la cavité et à combler le vide par le vol même de ces membranes, tout autant qu'elle entraîne de de en dedans la paroi thoracique.

II. Des causes qui tendent a enrayer un travail de g ration de la poche pleurale, dans sa marche jusqu favorable.

Il se forme dans la cavité pleurale, dans l'état de suppura des *adhérences* plus ou moins nombreuses et puissantes. sont de deux espèces :

1° Les adhérences qui occupent la périphérie de la poche, au contact des deux plèvres, et qui avançant symétriquement finissent, lorsque la marche est régulière, par se donner la main au bord de la fistule. L'abcès est comblé.

2° Il en est d'autres qui prennent pied d'une plèvre à l'autre, à la façon d'une toile d'araignée, dans l'intérieur de la cavité, et dont l'importance est très grande. Elles se forment dans les premiers jours qui suivent l'évacuation du pus, lorsque le poumon possède encore du jeu et que, débarrassé de la pression de la masse liquide, il reprend sa fonction imparfaitement sans doute, mais assez complètement cependant pour que les plèvres se trouvent rapprochées, que les traînées visqueuses du pus peuvent s'appuyer sur les deux parois. Ces traînées purulentes forment bientôt par leur organisation des brides délicates, ténues, dont l'existence et la vie jouent dans les progrès de la cicatrisation un rôle dominant.

Voici les cas qui peuvent se présenter après l'évacuation du liquide :

Ou bien le poumon est refoulé dans la gouttière vertébrale ou accolé aux parois antéro-internes de la cage thoracique, sans que les plèvres contractent d'adhérences. La guérison peut quand même se réaliser, mais lentement, grâce à la cicatrisation qui s'effectue pas à pas à la périphérie. Le poumon finit par être appelé tout doucement et reprend son expansion. Il y a cependant beaucoup de chances pour que cet appel s'arrête au point où la cavité offre le plus grand diamètre, et qu'il subsiste une poche de grande dimension.

Ou bien le poumon est susceptible d'une expansion plus considérable, qui rapproche les plèvres assez pour que les brides se forment nombreuses et empêchent le retrait ultérieur du poumon.

On peut, à l'exemple de M. Peyrot, formuler de la façon suivante l'importance des brides cicatricielles : « le danger de la pleurésie est en raison inverse de l'étendue des fausses membranes organisées et adhérentes, plus une pleurésie purulente est limitée, moins elle est grave et plus son traitement opératoire amènera rapidement la guérison. »

Or il arrive fréquemment le fait que voici : la plèvre débarrassée du pus se place dans les meilleures conditions apparentes, les fausses membranes pariétales et centrales semblent en bonne voie d'organisation, le poumon se rapproche de la

paroi thoracique, la partie semble gagnée. Il brusquement ou graduellement, la situation se rences disparaissent, se dissipent ou amènent un parfois considérable de la poche pleurale en supp

Ce changement de front est chose relativem C'est un phénomène pathologique mal connu, d'un haut intérêt. Il vaut la peine d'en faire étude quelque peu détaillée, d'autant plus que circonstances-là que naît le plus souvent l'indic section des côtes.

Je me borne à citer un type entre plusieurs :

Voilà un homme robuste, 40 ans, atteint de p lente pulsatile depuis deux mois. Je pratique l' costale le 15 avril. Une fois le pus écoulé on cons occupant toute la région antérieure et latérale g jours après, les plèvres adhèrent dans la régi cavité se rétrécit avec vigueur.

Le 1er mai, sans que l'écoulement soit deve adhérences se fondent, la cavité s'agrandit. E s'étendre pendant le mois de mai, envahit la b l'espace pleural et refoule le poumon en dedans Nous notons en même temps : que les côtes so resserrées, et que le rétrécissement du thorax guère susceptible de progrès — que l'état gé jusque-là, s'altère, que le malade maigrit et qu clinent. Du reste, aucun signe certain de tuberc

J'ai choisi cet exemple typique, entre d'aut breux, parce qu'il est parfaitement franc. L'écou *pas d'odeur* et il ne pouvait être invoqué d'infl pour donner l'explication de l'aggravation génér et partant du mouvement de recul constaté d sation.

Voilà ce que je crois pouvoir établir d'après p vations exactes, concernant des malades que j'ai résection des côtes dans les dix dernières anné qui ont succombé à la pleurésie purulente avant sions cette méthode à notre disposition.

Je formule ainsi :

Il y a coïncidence entre le début du mouvem qu'accuse le travail local de la plèvre, d'un côté, de l'autre, où la rétraction de la cage thoraci

cage osseus
apable de s
serrées étro
obilisent. I
it plus être
lèvres est de

Le travail
e de chemin
ment un ar
rétrograde
ui détruit

sible. On
est survenu
nérale, qui e
ssus déjà fo
e est exacte
C'est l'*arr*
qui est secc
'action molé
peut paraî
i mystérieu
idée. Le tr
réparateur

anisation d
avancemer
cellules ém
on des frêle
fois pour for
est immobi
endance que
anique *utile*
ade, restera
iquer celles
e j'ai obser

ouvre les v
'infection p

tions mécaniques devenues telles, dans l'ap
poumon, que le travail de cicatrisation a ces
ganisation des bourgeons, on peut se figure
nt béantes les voies d'absorption. Il peut ain
nénomènes de résorption purulente très len
insidieux.

ns observons à l'extérieur, dans les bourgeo
ux ou des incisions intercostales, des altérati
nt ce qui se passe dans l'intérieur de la ca
ès que les côtes sont resserrées au point d'ar
nent de la cage thoracique, on remarque in
angement dans l'apparence des bourgeons e
, de nouvelle formation.

deviennent pâles, mous, se creusent. Il en
icatrices en apparence raffermies. Leur su
s'use et s'ulcère.

i prouverait qu'il ne s'agit pas seulement d
n opérée dans les sécrétions de la plèvre et
rfaces en contact avec le pus.

*Il s'agit d'un trouble d'innervation et d'u
nerfs trophiques.*

. est difficile d'étayer cette seconde suppo
nents solides, il ne manque cependant pa
e à en faire autre chose qu'une pure hypothè
de phénomènes j'invoque :

st dans l'histoire des pleurésies purulentes
, déjà décrits depuis longtemps, sans que l'
nner une explication satisfaisante, sous le n
étique. Ces troubles nerveux, épileptiform
ou apoplectiformes, ne surviennent, on peut
riodes tardives du traitement de l'empyèm
demi-douzaine de cas de cette espèce, don
rt intéressant avec le sujet qui m'occupe
cas, deux fois à la suite d'accidents hémi
à la suite d'accident apoplectiforme, j'ai ob
ion bien accentuée des fausses membranes
emblaient garantir à la cavité pleurale
ces de guérison prochaine. De suite après,
ction s'arrêta, la poche pleurale se mit à
ne, en même temps que l'état général des
n caractère particulier de langueur et d'at

teinte hectique, qui remit la guérison en question. Des troubles périphériques, musculaires et nerveux, survinrent, indiquant une profonde altération de l'innervation. Il était permis de conclure de ce qui se passait dans le système nerveux trophique des membres à quelque chose d'analogue agissant en même temps sur la plèvre, à un trouble profond de nutrition paralysant les tissus de nouvelle formation. Il y a quelque chose de curieux en tout cas, dans ce caractère commun à ces deux ordres de phénomènes, le mouvement rétrograde observé dans l'organisation des fausses membranes, d'une part, les accidents nerveux centraux, de l'autre; ce caractère commun, c'est leur apparition tardive, coïncidant sensiblement avec le moment où la rétraction thoracique est arrivée à son maximum.

Si les troubles qui frappent les centres nerveux par voie réflexe et partant de la surface pleurale sont capables d'immobiliser l'activité organisatrice de la plèvre, ne peut-on pas admettre, sans trop forcer, que dans d'autres cas ce réflexe, impuissant à se répercuter sur les centres bulbaires, est suffisant pour amener un désordre d'innervation trophique qui touche surtout les tissus de nouvelle formation et les paralyse?

Quelle que soit la cause intime de ces désordres, les rapports qui existent d'une part entre l'arrêt du travail utile tendant à la rétraction des os, à la soudure des plèvres, de l'autre l'altération profonde des tissus coïncidant avec la déchéance générale, sont affirmés d'une façon certaine par la transformation rapide qui s'observe après que le défaut de la situation a été modifié par la résection des côtes.

Aussitôt, en effet, que l'ablation de quelques segments osseux a ramené la possibilité d'une reprise dans la rétraction thoracique, l'on voit surgir un vrai changement de décor. Les tissus regagnent de la vigueur, les bourgeons se colorent, la fièvre cesse, l'état général se ranime, et, au bout de quelques jours le malade a regagné ce qu'il avait perdu, il a pour lui toutes les chances qui étaient contraires.

J'ai assisté plusieurs fois à ce changement de tableau. Je le considère comme une des raisons les plus puissantes qui militent en faveur de la résection des côtes.

Ces considérations sont renforcées par ce qui est signalé de divers côtés et ce que je puis confirmer, à savoir la véritable résurrection qui peut se manifester après l'opération, chez des pleurétiques arrivés au dernier degré de la cachexie hectique,

et en apparence si compromis que l'on a à pei
les soumettre à une opération aussi grave. M. l
nière a communiqué un cas de ce genre à la S
gie : il raconte avoir opéré un homme presque
servé une amélioration générale rapide après
centimètres de 5 côtes.

Une cause importante du ralentissement dai
clusion de la cavité pleurale est la *putridité* d
plèvre. Elle provient, abstraction faite des cas
tride d'emblée, de précautions antiseptiques
pansements incomplets ou renouvelés trop ra
dans les cas où on préfère ne pas avoir recou
antiseptiques, enfin des anfractuosités que pr
pleurale dans certains cas. Le développemen
plèvre encore close est enfin, comme je l'ai e
une circonstance éminemment défavorable et
dinaire des irrégularités de cicatrisation. Tout
sont exagérées par le milieu hospitalier. La
très légère qui s'établit dans la cavité pleural
ment dans le sens d'une extension de cette ca
raison quand elle est bien accusée. Si l'on ne
dernier cas, à réduire la fétidité au moyen de
tiques, on devra s'attendre à un retard import
vement du travail de cicatrisation.

III. De l'examen clinique de l'excavatio de la plèvre.

L'investigation clinique d'un pleurétique p
tule résultant d'une pleurésie suppurée peut
que simple. On lui demande beaucoup et il n'e
chercher à rassembler tous les éléments d'un p
insoluble et dans lequel les inconnues demeu
malgré toute la peine et l'attention apportées
Là, comme trop souvent dans les question
médical, nous nous sentons sur un terrain mou
de gauche s'élèvent des doutes, le caractère
manque, et il arrive que de deux choses l'u
faute d'un diagnostic qui le satisfasse absolu
timide s'abstiendra d'une intervention opérat

ration de l'ouverture, surtout lorsqu'elle est spontané, sa situation habituelle dans la ré permettent pas l'introduction oblique de la so à la portion postérieure de la cavité. Il en résu le long du trajet des frottements qui décompo et rendent les sensations du tact obscures e réussit à acquérir une notion approximative transversales de l'excavation, en maniant la so manière suivante :

Après avoir introduit la sonde recourbée da rale, on appuie la tige sur l'espace intercostal un mouvement de rotation. Suivant la longue recourbée, longueur que l'on fait varier, et e cursion qu'en parcourt le bec, on peut estime bonne approximation l'étendue de l'excavati de conformation régulière et si son diamètre est encore assez considérable. Si l'excavatio aplatie, allongée, la sonde est un moyen ab sant.

Dès mes premières opérations de résectio adopté, comme l'instrument de sondage le pl sonde Mayor en étain. Cette sonde a l'avan longue pour suffire aux exigences, de pouvoir s et d'être facilement malléable, douce et obt exposer au danger de rompre des adhérences plèvre. Enfin elle est suffisamment dure pour mieux que les sondes anglaises de caoutchouc sions de résistance.

L'*injection d'eau ou de lait*, dans le but d pleurale, est un moyen fort simple et fort co rence. M. Verneuil s'en est déclaré partisan. de bonnes raisons à lui objecter, que voici :

L'injection ne donne des conclusions à pe dans le cas où l'excavation est de capacité fa et lorsqu'elle est bien délimitée par des adhé ment de toute part. Dans ces conditions, la sion, sont plus démonstratives, car l'expérien cavité est toujours plus vaste que l'indique injecté.

Une seconde objection : dans les cas douteu à une poche aplatie, étendue et s'insinuan

ıes, insuffisantes pour réaliser l'adhé-
n'y pénètre qu'imparfaitement et ne

orsqu'elle est poussée avec toute la
fréquemment une toux convulsive et
que l'excavation soit remplie. Lors-
chique débouche dans la plèvre, ces
graves.
, car on a vu des accidents convul-
près les injections pleurales, juste-
dives auxquelles nous avons affaire

noyen d'une façon absolue, car une
s montre qu'il peut être utile, lors-
que la plèvre renferme plusieurs loges, dont l'une ou les unes communiquent avec une bronche et les autres pas, et qu'il y a plusieurs fistules externes.

Moyens de diagnostic tirés de l'auscultation et de la percussion. Ce serait sortir du sujet que de discuter avec détails les modifications pathologiques que l'oreille peut percevoir sur le thorax des pleurétiques. Je dois cependant indiquer sommairement quelles inductions peuvent résulter de certaines constatations pour aider à déterminer la configuration et l'étendue d'une excavation de la plèvre.

L'auscultation permet d'apprécier deux choses fort importantes : 1° *quel est l'état du poumon*, a-t-il encore vie et *dans quelle mesure respire-t-il?* 2° a-t-il *contracté adhérence,* et ces adhérences lui permettent-elles de se développer au lieu de rester stationnaire avec un minimum de fonction ou mutisme complet?

Il y a deux alternatives à distinguer :

Lorsque la plèvre est largement ouverte, qu'il n'y a pas d'adhérences entre les deux parois pleurales, le poumon revient sur lui-même et le bruit vésiculaire est nul. On constate en même temps les caractères certains d'un pneumothorax étendu sur lequel je ne m'arrêterai pas.

Ceci est rare toutefois. Le plus souvent, même dans les pleurésies séro-purulentes omineuses, le poumon n'est pas complètement rétracté, il est maintenu dans un état de semi-rétraction par des adhérences formées soit à la hauteur du lobe supérieur, dans la région latérale ou antérieure, soit en arrière, dans la

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ś en nappe, des foyers d'adhérence plus solides
à la réunion intime des deux plèvres, laissant
loges aplaties encore pénétrées par l'air. On les
écisément à ceci : sur les foyers en nappe péné-
on constatera une résonance exagérée, une
èrement égophonique, avec renforcement de la
e; sur les parties occupées par les adhérences,
onnera un son plus court, et l'auscultation indi-
vésiculaire un peu éloigné et la voix ne réson-
.

en résumé, que si les signes connus du pneumo-
atants, celui-ci est général, et que, lorsqu'il en
qu'il faut ausculter longtemps, s'aider de la
, du bruit vésiculaire, pour constater la présence
plèvre, on peut admettre hardiment qu'il y a
ielle. C'est une grosse affaire pour le pronostic.
endre compte de l'exactitude de ce qui précède,
progrès de l'extension des surfaces adhérentes
orables, aussi bien que dans la marche contraire,
ression des brides, qui, comme je l'ai montré
uefois. On verra dans ce dernier cas les signes
indiquant les nappes d'air entre les plèvres
pidement à l'obscurité relative des zones adhé-
t à mesure que les brides sont corrodées, que
x s'étend et que tous les symptômes généraux

de rendre exacte la description des modifica-
iques ; elles sont souvent si légères, si peu sen-
les cavités en nappe sont peu profondes, qu'on
de les faire saisir à une oreille peu exercée.
ins important de les percevoir pour expliquer la
tains cas de pleurésie purulente dans lesquels,
éloigné, l'on constate le bruit vésiculaire ; la per-
une sonorité qui se rapproche beaucoup de la
naire normale, on conclut à une guérison pro-
stic est enchanteur. Les jours, les semaines, les
, la plèvre donne toujours, les forces s'épuisent,
ient critique sans que l'on sache pourquoi. Pour-
ce que l'on a mal interprété, que l'opération de
dé le pus, appelé le poumon, rapproché les plè-
nterposant un épanchement gazeux qui rampe

dans les lames membraneuses. On n'a pas
spécial que prend la percussion, on n'a p
l'altération de la résonance vocale. Tout pe
deux signes.

Un bon conseil. Ausculter son pleurétiq
jours, partout. L'oreille s'habituera à saisi
des régions très voisines les unes des autres
n'a pas entendu un jour, on l'entendra un
frottement à timbre légèrement métallic
cavitaire, peuvent être perçus momentané
pendant plusieurs jours. La raison m'en éc

Les conditions générales de la respirat
appréciation approximative de la richesse
rales. La gêne respiratoire, l'anhélation,
raison inverse de l'étendue et de la vigueu
cielles. Si ces troubles fonctionnels manqu
en conclure avec probabilité que le poumo
ment rétracté, même alors que la percussi
indiquent une grande cavité. Ceci n'est pa
car le pneumothorax avec rétraction compl
dans certains cas exceptionnels, détermine
peu de désordres fonctionnels et être fort b

II. *Des moyens qui permettent d'appré*
recollement des plèvres et l'occlusion

Nous savons que le temps nécessaire à l'
vation pleurale par cicatrisation est fort va
quer, pour expliquer ces différences, plus
mentionnées partiellement. Ainsi la cause
est issue l'excavation, l'âge, la vigueur
méthode thérapeutique employée, imprim
n'en est pas moins vrai que la formule écl
dans les circonstances en apparence les p
voit la cavité suppurante persister avec ob
dans des conditions opposées, la cicatrisati

Les éléments du problème sont donc des
lité. Il n'en est pas moins essentiel de che
ner, puisqu'ils joueront un rôle important d
de l'intervention opératoire.

Ces facteurs sont : du côté du poumo

e cet organe, de sa rétraction, du retour de sa fonc-
côté de la paroi thoracique, l'activité du rapproche-
côtes, de la scoliose vertébrale.

rôle du poumon dans l'occlusion de l'excavation pleurale.

influence de la cicatrisation progressive des plèvres,
on qui ne donnait plus que de faibles signes de vie
animer, la respiration s'y réveiller, au point d'aboutir
ré d'activité fonctionnelle fort rapproché de celui de
santé.
ultation peut s'en rendre un compte exact. La percus-
sourde, grâce à l'épaisseur des coques cicatricielles,
'adhérence est complète, et à l'interposition de la
air, lorsque le rapprochement ne se fait pas et que le
este dans l'atélectase plus ou moins complète.
anche, le retour du bruit vésiculaire est parfaitement
. Si, même dans le cas d'une vaste caverne qui ne
e peu d'efforts vers la cicatrisation, l'on peut perce-
voir un retour du bruit vésiculaire supprimé, on en augurera favorablement et on fera bien d'attendre sans trop se presser d'opérer. Une fois le branle donné, la réapparition du murmure se fait parfois avec une grande rapidité. Le volume du poumon prend un développement qui agit puissamment en diminuant l'espace qui sépare les plèvres. Il arrive parfois que la cavité finit par se combler presque uniquement du fait du poumon.

2° *Du rétrécissement thoracique.*

Le cas précédent est une exception. Dans la règle, la cavité pleurale se comble en majeure partie du fait de la diminution du périmètre du thorax. Je n'ai pas à exposer cet acte mécanique dans ses généralités, qui ont été l'objet de recherches cliniques et expérimentales nombreuses.

Ayant toutefois tenu note avec soin des mensurations faites sur mes pleurétiques, je veux résumer ce qui ressort de ces observations au point de vue des meilleurs moyens de tirer parti de ces éléments numériques.

Le rétrécissement du thorax se manifeste par le r
ment des côtes, la *déviation du sternum* du côté
scoliose vertébrale. Ces facteurs sont susceptibles d
luation approximative dont ressort leur importanc
suivant les différentes formes de pleurésie. Dans la
chronique non suppurative, l'aplatissement de la régi
est la règle et suffit en général pour compenser le v
entre les plèvres par la soustraction du liquide, arti
naturelle. Dans la pleurésie purulente enkystée par d
membranes vigoureuses, le rétrécissement peut être l
portion de la paroi correspondante à la poche suppura
le cas en particulier lorsque l'excavation siège à la pa
rieure, l'aplatissement peut être limité à 3 ou 4 espa
costaux. Après l'épanchement purulent de grande d
on voit le thorax se rétrécir dans son ensemble.

Ce travail s'opère dans un laps de temps fort varia
les enfants, il est rapide, en raison de la grande sou
tissus et des articulations, qui obéissent docilement à
la plèvre. Chez les vieillards il est lent et presque n
son des conditions opposées. Entre ces deux extrême
l'âge adulte les chiffres varient à l'infini. On peut
faut se garder de juger trop tôt que la rétraction est
elle est susceptible de gagner encore du terrain alors
semblent avoir atteint leur maximum de dislocation.

Les données numériques ne sont rien moins que d
tives; il est plusieurs circonstances qui rendent les *m*
thorax difficiles à estimer exactement. A première vu
t-il, rien de plus aisé que de mesurer le thorax avan
l'opération, de répéter ces mensurations fréquemmen
conclure, mathématiquement, la diminution du périm
résulte de l'ablation de quelques fragments de côtes.

Dans les pleurésies récentes, on observe presque
lorsque l'épanchement est abondant, un accroissemen
trique du côté malade. Les espaces intercostaux sont v
les côtes se relèvent. La mesure est facile à prendre
physe épineuse à la ligne médiane sternale. Elle rens
la persistance ou la diminution d'un épanchement, sur
du liquide après une thoracentèse, etc.

Lorsqu'il s'agit de *pleurésies suppurées et opérées*
tion se complique :

La déformation importante du thorax *change les*

phiques, les points de repère varient et cessent de pré-
a fixité voulue. La colonne vertébrale devient concave
de l'épanchement, voilà déjà le point vertébral qui
e de la perpendiculaire et le périmètre faussé au détri-
ı côté sain. Le sternum, de son côté, s'écarte de la ligne
ɜ et se rapproche du côté sain, le point de repère anté-
est plus exact.
compenser le déplacement des repères et pour obtenir
ısurations utiles en pratique, il faut user d'un artifice et
r comme suit :
oyen d'un fil tendu de l'apophyse de la 5me ou 6me cervi-
ɜqu'aux vertèbres lombaires, l'on détermine une ligne
ndiquée par une ponctuation. A la région antérieure on
ra de même et l'on tirera une ligne de l'incisure jugulaire à l'ombilic, ou mieux, au pubis, marquant aussi sa direction par une série de points au crayon ou à l'encre. Cette manière de faire, désignée par M. Pitres sous le nom de *signe du cordeau*, fournit sur la diminution ou l'augmentation du périmètre thoracique une donnée qui n'est pas strictement juste; elle est fictive et n'indique pas la valeur du périmètre réel. Seule cependant elle permettra d'obtenir dans les périodes successives du traitement, des chiffres comparables, seule elle sera pratique dans ses conclusions.

J'ai l'habitude de prendre une *mensuration verticale ou oblique* qui sert à apprécier, non plus comme la mensuration transverse le fait, le degré d'aplatissement du thorax par la fuite du sternum et la concavité vertébrale, mais bien la rétraction verticale, très active après les résections de côtes. Je tire cette ligne d'un point marqué exactement au milieu de la clavicule à l'épine iliaque supérieure, et je marque au crayon son intersection avec la côte inférieure. Le rétrécissement vertical, mesuré ainsi, peut atteindre 2 centimètres.

Au début, j'ai commis l'erreur de tirer la ligne du milieu de la clavicule au bord inférieur du thorax en passant sur le mamelon. Ce point de repère se déplace dans le cours du rétrécissement et fausse la mesure verticale.

Ces diverses mensurations forment des séries qui ne sont pas exactement comparables d'un opéré à un autre. On ne peut pas en tirer des conclusions générales, pas plus que la formule d'une loi. La durée de la maladie, la structure du thorax, la souplesse des articulations costo-vertébrales, l'étendue des

excavations pleurales sont autant d'éléments t
d'un cas à un autre. Pour chaque cas particulier
rapprochement des chiffres de mensuration a
importance, comme démonstration du rétrécis
renseigner sur l'activité de la cicatrisation et en co
les probabilités d'occlusion de l'excavation. Je v
ques exemples pris dans mes observations :

Je choisis mon exemple, pour éviter les répét
série des malades qui ont subi la résection des cô
trent numériquement la valeur de cette opération

Obs. — Malade depuis 2 ans, opéré de thoracotomie
mois, reste porteur d'une vaste excavation, s'étendant d
diaphragme, dans la région antérieure et latérale. Avant
résection costale, le périmètre du côté malade, le droit e
le mamelon et de 38,5 sous l'aisselle, à gauche il mesur
Différence, 4 et 5 cm. Les côtes rapprochées au maxim
du rachis, la dislocation du sternum à gauche, ne laiss
la rétraction est arrêtée et il n'y a plus rien à en attendr

Je pratique la résection de fragments de 4 à 5 cm. de
4me à la 9me), dans la région latéro-antérieure, le 10 juil

Le 21 juillet, périmètre droit : Aisselle : 36. Mamel
29 » » » 35 »
13 » » » 34 »

La hauteur, soit mensuration verticale, est de 27 cm.

Nous avons donc gagné en un mois 4 cm., r
bénéfice certain de l'opération, et répondant à u
considérable de la poche pleurale qui n'a plus qu
ron de sa capacité.

Chez le sujet de l'obs. V, le périmètre du cô
de 42 cm. Au 13me jour après la résection de
région antérieure, il n'est plus que de 39 et
22me jour; 4 centimètres.

Obs. IV, enfant.

Côté malade avant l'opération de l'empyèm
» après » »
» 5 mois après »

Après la résection de 5 côtes

34 jours après

Hauteur 15 cm. au lieu de 16.

Le rétrécissement est encore plus accentué en

Les tableaux ne sont réellement démonstratifs que lorsqu'ils mettent en opposition des chiffres observés à une époque éloignée de l'opération primitive de l'empyème et les valeurs périmétriques notées peu après la résection des côtes. Dans ces conditions-là elles font voir de la manière la plus claire l'essor nouveau imprimé au rétrécissement par cette opération, alors que l'impulsion, très active aussi, déterminée par l'opération de l'empyème, est arrivée à son terme.

Je ne multiplie pas ces exemples.

Au bout d'un certain temps, après une résection réussie, on peut observer *deux causes qui faussent dans un sens opposé le caractère démonstratif des mensurations :*

La première est le réveil de la nutrition, l'*embonpoint*. J'ai indiqué plus haut que fréquemment, lorsque le point d'arrêt de la rétraction est atteint, l'état général subit une avarie générale grave, caractérisée par la fièvre, la perte d'appétit, l'atonie des tissus ; le malade se consume et se flétrit.

Si l'on a recours dans ces conditions à la thoracoplastie, qui stimule l'activité de la cicatrisation, l'on observe une amélioration générale et rapide. La conséquence de la défervescence, du relèvement de la nutrition, est une assimilation active. Le thorax s'épaissit, et, au bout d'un certain temps, bien loin de voir le périmètre de la région se rétrécir, on le voit augmenter. La constatation d'un accroissement simultané du côté sain suffira, à défaut du coup d'œil, pour juger de la signification de cette inversion d'apparence paradoxale.

L'agent opposé est l'*atrophie*, qui frappe souvent les muscles thoraciques pendant le cours des pleurésies suppurées. Quelquefois considérable, cette atrophie peut n'être que passagère et se guérir en même temps que s'affirme la restauration générale. Le retour des muscles dorsaux et pectoraux à leur volume normal suffit pour augmenter le périmètre.

Il résulte de ce qui précède que ce n'est que pendant un certain laps de temps après l'opération que la mensuration du thorax permet des conclusions exactes sur les oscillations de la capacité de la poche pleurale. Il en résulte aussi que la valeur périmétrique mérite plus de confiance lorsqu'elle est prise à la base du thorax, à la hauteur du mamelon, à cause de la moindre épaisseur des muscles, qu'à la hauteur de l'aisselle.

Autant et plus que la mensuration au ruban, l'*inspection du thorax* indique, pour un œil exercé, les changements d'ensemble

que le rétrécissement apporte à la configuration de la p
et du dos. L'œil apprécie facilement le déjettement d
num, la déviation du mamelon, le resserrement des cl
concavité vertébrale d'où résulte la différence de confor
des deux moitiés du thorax, l'une restée à peu près un se
de cercle, l'autre devenue oblique ovalaire.

L'inspection indique aussi l'aplatissement partiel du
sur une cavité enkystée et de capacité moyenne, aug
répond peut-être aucune différence périmétrique appré
Où le périmètre n'a pas varié, peut quand même exis
affaissement marqué, éminemment favorable à la guéris

(A suivre).

Note sur les manifestations buccales du lichen pl

Par A. Mayor et H. Pautay.

I

Le lichen plan n'est pas une affection vulgaire; il est d
naissance relativement récente, puisque avant Erasmus
il n'avait pas été décrit d'une façon méthodique. Encor
taines manifestations de la maladie semblent-elles
frappé que superficiellement les premiers observateu
même leur avoir entièrement échappé.

De ce nombre sont les déterminations muqueuses du
spécialement celles qui ont pour siège la cavité buccale.

Erasmus Wilson les avait citées dans son premier mé
mais nous n'en découvrons aucune mention dans des ou
classiques qui cependant sont postérieurs au travail du
cin anglais (Hebra, Neumann, Duhring). Les traités de
(1881) et de Hillairet et Gaucher (1885), la thèse de La
(1883), indiquent simplement la possibilité de rencon
lichen sur les surfaces muqueuses, sans donner une desc
complète de l'apparence qu'offre la lésion.

Dans ces dernières années, diverses observations isolé
venues s'ajouter à celles d'Erasmus Wilson (Hutchi

[1] *Journ. of cutaneous med. and diseases of the skin.* III, 1869.

[2] Lectures on clinical surgery. London, 1879, I.

ann [5], Crocker [3], Kœbner [4]). M. Thibierge, ru en 1865 dans les Annales de dermatologie [6], rt de ces cas et leur a joint trois observations e basant sur ces documents et sur les renseipar M. Besnier, il a tenté une description des ccales du lichen.

ge, Pospelow [8] a rapporté cinq nouveaux cas ı y joignant quelques remarques fort intéresdernier lieu une observation de Mackenzie [7], d'un titre, et sur laquelle nous reviendrons. é qu'il n'était pas sans intérêt d'ajouter aux trois observations nouvelles, et de comparer le Thibierge et de Pospelow les lésions que ous les yeux.

II. Observations.

, âgée de 54 ans, dont le père est mort cachectique bronzée des téguments, et dont la mère a succombé ght, est une arthritique ayant une légère tendance à ai s'est accentuée depuis la ménopause, laquelle est 0 ans. — A l'âge de 20 ans, dans l'année qui suivit . fut atteinte d'une poussée intense d'anémie, qui quelques mois. Dès lors, elle ne présente pendant re accident morbide que des diarrhées fréquentes, appréciable. — A 41 ans elle a une fièvre typhoïde ns complications. A 52 ans, bronchite sans gravité. me L. est sujette, en hiver, à de petites poussées dos des mains et des poignets. — L'examen des

um Hautkrankheit. *St-Petersb. med. Wochens.* 1881.
n ruber. *Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aertze in Wien, ed. Zeit.*, 1881.
of three clinical lectures on true lichen and its various forms. 86, et : On affections of the mucous membranes in lichen *chefte f. prakt. Derm.* Hambourg, 1882, I, 161.
eines Falles von Lichen ruber planus der äusser. Haut und ant. *Berliner klin. Wochensch.* 1884, n. 33.
ions de la muqueuse buccale dans le lichen plan. *Ann. de* rie, t. VI, p. 65-76.
ichen ruber planus der äusseren Haut und der Schleimhäute. *ermatol. u. Syph.* 1885, p. 533.
of cut. and venér. diseases. 1885, n° 4, p. 122.

ab
e co

ité
oun
s, a
ras
s d
- L'
ras,
fest
ses,
veai
aun
ns
atio
men
sui
né,
trên
.rou
ne)

s ca
ain.
ne,
résu
ifs
es,
Les
ras
es a
, ex
squ
l'un
pl
le c
de
s'él
ont-
lan
et

peine par quelques sillons, semblent
mbinés : 1° épaississement des couches
diminution légère dans la hauteur et le

un aspect cicatriciel, sont de forme v
rrondies, elles se réunissent parfois po
, des rubans allongés suivant le grand

et de l'épiderme, aucune tendance à l
s ; pas de sensibilité spéciale non plus. l
malade est une gêne fonctionnelle légèr
nt de novembre) les plaques se sont é
los de la langue. — Rien à la face in
muqueuse des lèvres et des joues.
re (14 nov.), les troubles digestifs
un véritable embarras gastrique fébr
raitement arsenical, et l'emploi des p
halalgie occipitale vive se joint à ce
ette céphalalgie est d'une intensité e
ensation d'obnubilation des sens, etc.
t par céder à un purgatif.
on cours ; les points d'attaque sont pl
nds. Les démangeaisons persistent.

a Bourboule pour recourir à l'arsén
de 2 milligr. par jour d'abord. Puis,
., ce qui paraît être la dose maxima su

milligr. les progrès de l'éruption
les poussées nouvelles de temps en
sorte, compensées par la disparition,
des placards qui laissent à leur p

e, la lésion linguale a diminué d'inten
s, les bandes serpigineuses tendent à se f
rds fondus dans les régions saines. A l
dnées demi-transparentes et quelques
s de l'éruption linguale que deux rub
s des bords de la langue et dirigés de l
s, la langue a repris son aspect norm
ces deux traînées persistent, moins n

on ayant très manifestement diminué,

l'hui encore sous la forme d'une bande où l
ntuée, où l'épiderme paraît rester plus épai

d'arsenic est abaissée à 5 milligr. et l'on continue ainsi jusqu'au m juin, bien qu'à partir de mai on ne constate plus, à proprement d'éruption de lichen. Mais Mme L. assure qu'à la moindre fatigue o sous l'influence d'émotions un peu vives, elle ressent des démang pareilles à celles qui signalaient chaque poussée nouvelle lors du mencement de la convalescence. Ces démangeaisons qui sont très gères occupent les bras ; elles ont été, parfois, accompagnées de la p de quelques papules très petites, disséminées, fugitives. — Les m pigmentaires persistent encore, mais vont en s'atténuant. — A pa mois de juin, on abaisse la dose d'arséniate de soude à 4 milligr. p automne, on supprime graduellement le médicament.

Le régime a été scrupuleusement suivi pendant toute cette p Mais les bains journaliers, et l'usage du glycérolé tartrique, ont p interrompus au mois de mars, les démangeaisons étant beaucoup fortes et, surtout, beaucoup moins continues. De temps à autre, cep lorsqu'elles devenaient trop désagréables, Mme L. reprenait l'emp glycérole tartrique.

Obs. II. — Mme K., 53 ans, arthritique comme notre malade dente, a présenté autrefois à deux reprises de l'ictère qui, dit-el survenu sous l'influence d'émotions morales. En outre l'historique antécédents démontre qu'elle a eu parfois des attaques d'asth intenses, mais parfaitement caractéristiques. — En 1883, je la vo la première fois à l'occasion d'un de ces accès plus marqué que tude.

L'examen des organes thoraciques démontre que la maladie a lieu à de l'emphysème pulmonaire : il y a en outre un certain de bronchite, un peu de congestion des deux bases. — Le cœur est s Les organes abdominaux n'offrent non plus rien de spécial. L'ur présente ni albumine ni sucre. — L'iodure de potassium fait disp l'asthme mais détermine une poussée d'eczéma généralisé qui cep cède après un mois de traitement approprié. Je fais continuer l d'arsenic pendant quelques semaines.

En 1884, l'asthme se présente de nouveau. L'iodure en a promptement, sans déterminer cette fois de poussée d'eczéma. — prendre néanmoins de l'arsenic pendant quelque temps.

Dans le cours de novembre de cette même année 1884, Mme l la santé de son fils inquiète à juste titre depuis plusieurs mois, re à la face interne de la région inférieure de la jambe droite, un p dessus de la malléole, une petite plaque saillante, rose, qui est le s vives démangeaisons. En même temps un prurit insupportable se au niveau du cuir chevelu et du cou.

En janvier 1885, Mme K. se décide à venir me consulter, non p démangeaisons, dont elle ne me dit mot, mais au sujet de sa langu depuis quelque temps, est le siège de plaques blanches qui l'inq

Ces plaques, allongées ou arrondies, occupent la plus grande partie de la face dorsale de l'organe dans sa région antérieure. Elles sont d'un blanc pur, nacré, et semblent être un simple épaississement de l'épithélium qui noie les papilles et qui, sur les bords de la plaque, reprend graduellement ses caractères normaux, de façon que la lésion n'est pas en général limitée par une ligne nette, tranchée. Du reste, aucune gêne fonctionnelle. — Rien d'anormal à la face inférieure de la langue ni sur la face muqueuse des joues et des lèvres.

Cette lésion n'appelle pas tout d'abord à mon esprit l'idée du lichen, et ce n'est qu'à une seconde visite que l'analogie avec l'aspect que présente la langue de Mme L. me frappe tout à coup, et que l'interrogatoire me fait découvrir l'éruption cutanée qui a commencé en novembre.

Cette éruption est alors très accentuée. Les jambes sont parsemées de papules dont quelques-unes sont groupées de façon à former de petits placards. La ceinture est marquée par une série de ces placards très caractéristiques. Les poignets, la face dorsale des avant-bras, présentent la même éruption papuleuse possédant tous les caractères du lichen. — Papules planes, polygonales, brillantes, finement sillonnées, placards spéciaux, démangeaisons vives, tout se rencontre ici pour assurer le diagnostic. — Au niveau des jambes les papules sont d'un rose foncé presque violacé.

La langue, examinée de nouveau, me montre ces mêmes taches blanches nacrées, ayant sur les régions latérales une tendance à se fusionner pour former des espèces de rubans d'aspect serpigineux semblables à ceux que l'on remarque chez Mme L.

Je prescris immédiatement l'arséniate de soude à la dose de 2 milligr., puis de 4 milligr. par jour. — Bains amidonnés et alcalins.

L'éruption augmente d'intensité pendant les premières semaines ; — puis elle diminue lentement et graduellement, au niveau des membres inférieurs d'abord. Les macules caractéristiques se montrent, et, en juillet 1885, lorsque je vis Mme K. pour la dernière fois, il n'y avait presque plus de papules cutanées. Quant à la langue, elle montrait encore, sur les régions latérales, quelques traces des taches primitivement observées, et quelques traînées blanchâtres le long des sillons de l'organe.

Obs. III. — (Communiquée par M. le Dr E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Résumée.) — M. H., âgé de 32 ans, très nerveux, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais souffert de douleurs rhumatismales, sujet autrefois à de la céphalalgie, a éprouvé à plusieurs reprises des symptômes de dyspepsie stomacale.

L'éruption du lichen plan a débuté, il y a environ deux mois, au niveau des poignets. Cette éruption est très caractéristique et assez abondante sur les faces antérieure et postérieure des avant-bras, dont elle occupe surtout le tiers inférieur. Sur la paume des deux mains, au milieu de la région palmaire, on voit un groupe de papules formant de petites

saillies planes, blanchâtres, un peu aplaties au somme douzaine et circonscrites sur un espace qui ne dépas d'une pièce d'un franc. Très peu de prurit.

On voit quelques plaques dont le centre est en voi de pigmentation sur la région interne et supérieure de du scrotum. Quelques plaques aussi sur la racine de la

Sur la face dorsale de la langue, à droite, cinq petit comme indurées superficiellement. A gauche de la l trouve une assez large et six autres plus petites. — S des joues, près de la commissure, on voit un pointillé blanchâtres offrant de loin quelque ressemblance avec y regardant de près, on voit que cette lésion est dével lium et que le frottement avec un morceau de linge On retrouve la même altération sur la muqueuse de niveau de l'angle de la mâchoire, derrière la dernière

III. Description.

Dans les deux premières observations, l'érup ble exceptionnel d'après les cas publiés jusqu'à tait la muqueuse buccale au niveau des joues, gencives. Elle était absolument limitée à la répondait assez bien à la description qu'en d Elle figurait des plaques blanches, irrégul lantes, qui, lorsqu'elles se fusionnaient, le forme de lignes parallèles aux bords de la lang l'aspect des papilles ne nous a pas paru répo aussi exacte à ce qu'en dit Thibierge, qui l phier, s'amincir, s'espacer, et s'effacer enfin e Dans nos cas, elles sont comme submergées g l'épaississement de l'épiderme lingual; le plu d'entre elles disparaît; mais la plaque n'es on sent que les papilles ne sont pas *rasées*, e la lésion n'est pas appréciable à première vu doute à ce qu'au lieu de se limiter par un b ment dessiné, la tache s'efface graduellemen et s'infiltre pour ainsi dire dans les régions sa

De tout cela résulte un aspect lisse, nacré e ciel, tout spécial, très difficile à décrire, mais q ne peut être confondu avec celui d'aucune aut lorsqu'il a été observé une première fois.

Bien que les phénomènes fonctionnels soi

importance, l'une de nos malades est venue nous voir à cause de cet état particulier de la langue qui l'inquiétait. Mais quoiqu'elle n'eût point parlé tout d'abord de son éruption cutanée, nous avons pu reconnaître depuis, par l'interrogatoire, que la lésion muqueuse était en réalité la seconde en date. Nous notons ce fait, car il n'est point constant; on a déjà observé des cas où le lichen débutait au niveau des muqueuses, et Crocker aurait fait le diagnostic de la maladie sur le vu de lésions buccales seulement, à un moment où le patient ne signalait pas autre chose, quant au tégument externe, qu'un prurit incommode.

Lorsqu'elle est portée à un haut degré cependant, l'éruption linguale du lichen donne lieu, comme cela était le cas dans notre première observation, à quelques sensations désagréables; la langue paraît raidie, inhabile, d'où une certaine gêne dans la mastication et dans l'articulation des paroles. Wilson avait noté des sensations analogues chez ses malades; et, chez l'un d'eux, il avait observé en outre que ce sentiment de gêne se propageait à la gorge, ce qui lui faisait supposer que la lésion pouvait, dans certains cas, s'étendre plus profondément dans le tube digestif.

Chez nos deux malades l'affection était limitée à la langue, ce qui, ainsi que nous l'avons dit, paraît exceptionnel; car la plupart des observations publiées jusqu'à présent, mentionnent des lésions concomitantes de la muqueuse des joues, des lèvres et des gencives. En ces régions l'éruption se présente, suivant Thibierge, sous forme de petites papules arrondies ou étoilées, d'un blanc pur ou brillant, isolées ou réunies en plaques de grandeur variable. Dans l'intervalle de ces papules la muqueuse serait souvent érodée, déprimée; ou bien elle offrirait une apparence cicatricielle.

La lésion débute presque constamment dans le voisinage des dernières molaires et progresse ensuite d'arrière en avant vers la commissure labiale. Elle peut enfin envahir la face externe des gencives, et, plus rarement, la face inférieure de la langue, la muqueuse des lèvres, le bord libre de la lèvre inférieure.

Dans les récentes observations de Pospelow on voit que les fines papules de la muqueuse des joues, des lèvres et des gencives se réunissent fréquemment pour former des stries nacrées, les traits en zigzag ou en arc de cercle. Au niveau des joues, ces stries, qu'elles soient rectilignes ou non, affectent une direction générale horizontale en se portant d'arrière en avant.

IV. Fréquence.

L'existence de cette lésion buccale sur les deux seuls lades atteints de lichen que nous ayons eu l'occasion de tr depuis quelques années, pourrait faire penser qu'il s'agit d localisation fréquente de la maladie. Ce semblerait être reste, l'opinion de Thibierge et de M. Besnier.

Pospelow, sur vingt malades examinés par lui dans ces nières années, a pu décrire 5 cas de lichen plan des muque buccales.

Notons cependant que Heguy [1] et Lavergne, tout en pelant la possibilité de ces manifestations, rapportent premier 8 observations de lichen plan, le second 26 cas de même maladie, sans que l'éruption muqueuse ait été notée seule fois. Quant à Wilson, il ne paraît l'avoir rencontrée 3 fois sur 50 malades.

V. Diagnostic.

Il nous semble, comme nous le disions, que lorsqu'on vu une fois l'éruption buccale du lichen, il doit être dif de la confondre avec toute autre affection. Sur la lan ces taches ou ces bandes sont si peu élevées au-dessu niveau général de la muqueuse que l'absence de papilles à surface a pu, à première vue, faire croire qu'elles étaient d mées ; aussi ce caractère, joint à leur teinte nacrée, à aspect absolument lisse, à l'absence de toute desquammati leur niveau, et de toute rougeur à leur pourtour, éveille d'abord dans l'esprit l'idée de cicatrice. Mais si, dans les a cédents, on ne rencontre pas d'affection ayant pu laisse traces de ce genre (on ne conçoit pas du reste quelle pou être cette affection), ce premier diagnostic s'évanouit imm tement. Si l'on constate, en outre, sur les joues, les lèvres gencives, la présence de papules et de stries nacrées, l'opi qu'on aurait pu se faire à première vue sur l'affection qu' sous les yeux se modifiera plus promptement encore.

Et le lichen des muqueuses une fois connu c'est à lui certainement que l'on songera.

[1] Heguy, Etude sur le lichen planus. Th. *Paris*, 1880.

du reste qu'il ne pourrait être guè
lésions buccales.
, dit Fournier [1], que l'on prenne le
e affection syphilitique. La lésion muc
e décrire pourrait-elle également é
lques observateurs l'idée de *syphilis*
ur ne saurait être de longue durée,
ractéristiques de cette affection par
it de la turgescence des papilles vo
étion se laisse détacher par l'ongle; e
les mêmes caractères un temps aus
ules du lichen. Pospelow ajoute qu
es, les stries nacrées du lichen sont
lus élégantes que les anneaux qui rés
s régions centrales des plaques sy

le exfoliatrice marginée [2], elle se dis
xfoliation centrale, sa forme circiné
d'un blanc mat, à bords nets et a
. lésion confirmera enfin le diagnostic

riété de glossite, il convient de citer
d'insister, les simples *zones dépapil*
te. Mais, ici, il s'agit d'aires nettemen
uelles les papilles sont rasées et lais
teuse lisse, souple, de coloration absol

ie buccale, la localisation des lésions
la même que celle du lichen. Mais la
lébut, une affection pytiriasiforme. D
ation peut même se faire par lamel
s (Vidal [3]). De plus, la plaque est ic
, moins nacré.
l le fait que, dans la *dermatite exfol*

le lichen plan. *Journ. de médecine et de chir.*

ite exfoliatrice marginée. *Th. Paris*, 1883. —
épithéliale de la langue. *Rev. méd. de la Suisse*

ie buccale (Psoriasis buccal, plaques blanches,
on médicale, 1883.

)serve quelquefois des
nt plutôt des excoriati
ses, ou des concrétion
, même en faisant abs
l'examen seul des muq
les deux maladies.

VI. Traitement.

t du traitement, il ne
n interne fût sans val
des la lésion buccale
que, dans ce cas, la
é suivie d'une recrude
deux patientes, la mar
nce du traitement, la
escences de la peau. Du
erne n'a été prescrit
e le glycérolé tartriqu
ndant une partie de l
ui cependant s'amélio
e, elles n'étaient l'obj
la tendance qui ferait
néral du lichen au bén
t ne nous paraît pas
telle cependant sembl

dernier mémoire de l

.

expériences, il prouve
est, en quelque point qu
e de papules caractéri
-ci, pour ainsi dire à vol
ines des localisations p
re, par exemple, ne tr
aturelle? En tout cas, le
énéral ne peut être inu
ue, il nous faut rappele

que et clinique sur la dermati
us Wilson. Th. *Paris*, 1882.

nerveux dans
e est survenue
l'importance
lichen est t
rticulièrement
rer la maladie
ne hypothèse
vérité, de ces
rf (Colcott F

s antécédents
influence de l
es observations
ruption ne s'ar
e relève.
qu'agit en ce c
u moins, pense
t de côté les
régime hospi
Nous ne serio
stance puisse
entre les aute

DE FAI

ubercules cru
de Varole,

édicale de Genève,

. A. D'Espine.

'Hôpital canto
robuste, se di

879 et 1880.
nderung. der Haut
Klinische Woche
28.

quatre semaines et racontant le début de
suit :

Le 25 juillet dernier, il fait une course
en haut en pleine transpiration et va dormi
froide. Au réveil, il est pris d'un violent m
seulement la partie gauche de la tête. Dep
gie a persisté en augmentant tous les soir
ver de sommeil; les yeux pleurent pendan
cela, la santé était bonne, quand, il y a si
d'une faiblesse dans son bras gauche, pui
même côté. Cette paralysie qui va en aug
jour, est survenue sans attaque, sans per
Le 16 août il s'alite, ne pouvant plus marc
jour, il vomit tout ce qu'il prend. Il ne p
sans être pris de vomissements et de vertig

Les membres gauches sont, depuis le déb
siège de fourmillements continuels, « com
dessus. » Cette sensation d'engourdissement
deux ou trois jours à la moitié gauche de la

A la visite je constatai, à côté d'une
gauche incomplète, bien nette pour les mer
quée à la face (pli nasolabial gauche un pe
anesthésie beaucoup plus accentuée s'éten
aux membres, mais encore à la face et au c

L'intelligence était bien conservée malg
hébété. Il n'y avait pas de fièvre ; le pouls

Ma première idée en présence de cette h
plète fut la possibilité d'une paralysie hysté
corroborée par le fait que le jeune homme av
impressionnable et disait qu'à la moindre c
tait le cou serré. Je priai donc mon confrère
bien vouloir examiner les fonctions visue
21 août. L'examen fut complètement nég
de la rétine : ni amblyopie, ni dyschromato
de l'œil normaux des deux côtés. Accommod
visuelle un peu diminuée, à peu près égale
yeux ($^5/_{18}$ à gauche, $^8/_{15}$ à droite). Par con
constate un léger strabisme convergent dû
nette de la sixième paire droite, avec une d
plus forte à gauche qu'à droite. Un peu de
dans le regard tourné en haut. Des deux c
étroites ; réaction faible, presque nulle à dr

La constatation d'une paralysie alterne c
rapprochée de l'hémi-anesthésie totale crois
firmer dès lors une lésion de la partie d
rance.

La marche lente, progressive, écartait l'i
gie et faisait penser à une tumeur. Nous fû
sa nature. En effet, le jeune homme n'avait

·ès bien à droite et d
ie de surdité de l'or
usieurs reprises des

ir, la face est rouge,
octé et larmoyant

ir, le membre supéri
ont dilatées. A la fa
plus chaude et plu
res inférieurs et le
oint de vue. Les dif
s du corps, constaté
uivant les jours.

1. s.....
h. s.....
.....
.....
.....
.....

ue dans les derniers
iné à gauche.
culaires ont suivi la
egard est parallèle,
suivre des yeux le d
paralysie conjugu
terne gauche.
it, le malade ne peu
vements autour de l
agmus dans le sens
à droite, ni à gauch
eux sans converge
r à gauche, on const
he de l'œil gauche,
d même, cette dévi
aralysie conjuguée
les deux droits inter
ées.
remarque un léger
n'augmente plus jus
matin, apparaît po
droite; la bouche e
it est effacé.
aralysie du facial s
rides sur le front, la
e facial inférieur.

ıche.
patholo
ɜt restée
ınt été le
ujours p
t'il y a e
ı 27 août
t, le mal
ıait ni s
ıu début
deux ou
ns accide
:héal a c

ıatin. L
bles, soı

ıche est
couru p
: caverne
lations f

ıineux; s
ɔupe on
lobe infé

par quel
présence

e présen
: cervele
ıprès l'a
sortant
n peu r
e passag
le la piè
ıbercule
de la pr
:périeur.
jour au
le ramoll
verne à
ıisseur d
uleur jau
.t, en ava
séparée
la parti
qui passe
cupe les
et se tro

ıu'il coiffe
e coupe fa
deux tiers
quatrièm
: pus de l

pes antéro
protubéra
rés chacu
ciquée à la
ɔrieurs de
ımeau, on
e à la pa
rit et da
sa largeu
ratiquée p
re la prése
sous le pl
signée au
plus éten
ıe. En ou
ınâtre étr
e et occ
ıue[1].
au nivea
al sauf le
droit. La
ment sain

es sympt
ans cette c
paralysi
ité conséc

ie a été
e de lésion
)bservatio
ssions int
moyen d
on.
ıpe un pe
trouvait l'
et l'étage
)nc en in

1 446 mises d

de chir.

était intercepté. C'est en effet le point où les auteurs admettent qu'il s'infléchit sur les parties latérales et supérieures pour aller former un peu plus loin le ruban de Reil ou se continuer dans la partie externe du pédoncule cérébral.

II. La *paralysie conjuguée* des muscles externes et internes des yeux a été dans ces dernières années l'objet de nombreux travaux, que nous résumerons d'abord brièvement, avant de donner à ce sujet les indications nouvelles qui nous paraissent ressortir de l'analyse de notre observation.

Quand le nerf moteur oculaire externe est paralysé dans un point quelconque de son trajet à partir de son point d'émergence, l'œil correspondant, entraîné par le droit interne sain, est fixé à l'angle interne ou ne peut plus exécuter que des mouvements imparfaits dans la direction temporale. Il en résulte que, lorsque le regard se porte du côté paralysé, le mouvement est accompli seulement par l'œil du côté opposé, il y a strabisme convergent de l'œil paralysé.

Quand, au contraire, la paralysie du droit externe est due à une lésion de la protubérance au voisinage du noyau de la sixième paire, le mouvement conjugué des globes oculaires vers la tempe de l'œil paralysé est impossible, et l'on en conclut que le droit interne du côté opposé est paralysé également. Foville, qui en 1858 [1] attira le premier l'attention sur ce phénomène singulier, en conclut que les filets moteurs qui animent le droit externe d'un œil et le droit interne de l'œil opposé avaient une origine commune. Féréol [2] en 1873 reprit la question et fit remarquer que le droit interne en pareil cas n'est paralysé que dans les mouvements conjugués de latéralité, mais qu'il peut encore exécuter certains mouvements de convergence dans la vision monoculaire d'un objet très rapproché par exemple. La paralysie conjuguée des mouvements latéraux des yeux a été bien étudiée, en 1878 par Graux [3] dans sa thèse, et en 1877 par Wernicke [4] qui suppose pour l'expliquer un centre coordinateur de ces mouvements situé dans la protubérance aux environs du noyau de la sixième paire. En 1885, Bleuler [5], élève de Lichtheim, a publié un travail accompagné d'un schéma un peu compliqué cherchant à expliquer les divers cas de paralysie conjugée.

La signification clinique de la déviation conjuguée n'est pas toujours la même. Chaque hémisphère envoie un faisceau commun qui régit la déviation des globes oculaires dans le sens opposé ; aussi le plus souvent après une attaque d'apoplexie

[1] *Bull. de la Soc. anat.*, III, p. 393.
[2] *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, X, 28 mars 1873.
[3] De la paralysie du moteur oculaire externe, *Thèse de Paris*, 1878.
[4] *Arch. für Psych. und Nervenkrankh.*, 1877, p. 639.
[5] *Deutsch. Arch. für klin. Med.*, 1885, t. 37, p. 567, et t. 38, p. 28.

r qui détruit le faisceau dans l'hém
mme l'a démontré Prevost [1], une dévia
egarde sa lésion. Une excitation de ce
ritative, phénomène rare d'ailleurs, d
ans le sens opposé (Landouzy) [2].
près avoir traversé la ligne médiane
rrive dans le voisinage du noyau de l
eau, par conséquent, sa destruction d
ans le sens opposé à la lésion et l'on r
otôme au point de vue de la localisati
mes indiquent clairement une lésion
ait le cas dans notre observation.
outir dans la protubérance et quel lie
és de la troisième et de la sixième pai
encore d'une façon certaine, quoique
hez l'homme à suivre un faisceau nerv
la sixième paire d'un côté avec le no
du côté opposé et croisant la ligne m
ercules quadrijumeaux. Néanmoins on
servations établir avec une grande pr
nts :
commun au moment de sa réflexion
noyau de la sixième paire. En effet
ions (Hallopeau [3], Lichtheim [4]), le no
ait détruit, sans qu'il en résultât une
t interne du côté opposé.
on doit avoir lieu entre la ligne méd
ème paire. Ce point nouveau nous sem
nt de notre observation. La paralysie
par trois phases successives. Dans la
ouvait plus se mouvoir en dehors (pa
e droite), tandis que le droit intern
rfaitement, la déviation secondaire
la seconde phase, les deux yeux étai
œil gauche incomplètement, dans ce
regarder en dedans (paralysie complèt
), mais pouvait encore exécuter quelq
ors. Dans la troisième phase, tout m
venu impossible (paralysie complète de

'inflammation tuberculeuse, dont l'a
ce sous le plancher du quatrième ven
minences *teres*, a marché de droite à

conjugée des yeux, *Thèse de Paris*, 1868.
conjugée des yeux, *Bull. de la Soc. anat*, 1879, 4e

. *norm. et path*, III, 1876.
Med., t. XXXVII, p. 589.

a dû détruire, en passant de l'un des noyaux de la sixièm
à celui du côté opposé, les fibres conjuguées allant au n
la troisième paire pour le droit interne opposé. C'est
occupée par le *faisceau longitudinal postérieur*, regardé
sieurs anatomistes comme une commissure unissant en
divers noyaux des nerfs de la base du crâne. Une figure
ger [1], dans ses leçons sur la structure du système n
montre clairement qu'il reçoit des fibres du noyau de
sième paire

3° La marche de ce faisceau à travers la protubéra
être très rapprochée de la paroi du quatrième ventricu
doit traverser la ligne médiane qu'au niveau des tu
quadrijumeaux. C'est le seul moyen d'expliquer une
tion de Gubler [2], dans laquelle une petite tumeur situ
niveau en arrière des tubercules quadrijumeaux, déter
strabisme externe du côté opposé, et par conséquent u
lysie du droit interne de ce côté.

III. Nous désirons enfin attirer l'attention sur la
complète de l'oreille gauche qui se développa chez no
lade pendant le temps de notre observation et qui nou
nettement expliquée par la transformation tubercule
noyau interne de l'acoustique étalé sous les parties laté
quatrième ventricule, en dehors du noyau de la sixièm
Le rôle joué par ce noyau dans la formation du nerf ac
n'ayant pas été résolu de même par tous les anatomiste
intéressant de consigner un fait pathologique bien net,
étant ici bien limitée au noyau interne de l'acoustique.

Observations cliniques,

Par Jaques-L. Reverdin.

Examen histologique,

Par Albert Mayor.

N° 5. Ostéoarthrite tuberculeuse sternoclaviculaire luxation pathologique; abcès ossifluent sous-pe Résection. guérison.

M... Louise, dix ans et demi, de Vandœuvres (ca. Genève).

[1] Zehn Vorlesungen über den Bau der nervösen Central-Organe. Lei p. 69.
[2] *Gaz. hebd.*, 1868.

. est une enfant de bonne apparence
, peau brune, à cheveux noirs; dans
ieurs bronchites, des angines; enfin l
e à l'âge de 3 ou 4 ans. Dans sa famill
d'antécédents de tuberculose; sa gra
ancer, son frère est en parfaite santé;
que de délicatesse de la gorge; son
demi, est bien portant.
février 1885, Mme M... s'aperçut que
osseur au-devant de l'extrémité inter
e; aucune cause traumatique ne pouv
seur a peu à peu augmenté, sans ca
d'assez rares élancements; elle n'a
e gêne des mouvements, ni altéré la s

ent je constate chez cette petite malad
le Dr Goudet, la présence d'une col
orme arrondie, de la dimension d'un
près et située à un centimètre au-d
s de l'extrémité interne de la clavicul
u proéminente, la peau qui la recou
e; entre l'abcès et la surface articul
la peau une traînée paraissant formé
nées; aucune douleur à la pression.
e gauche est subluxée et fait saillie en
laire du sternocleidomastoïdien; la
t mobile au niveau de son articula

peut la soulever en haut, la porter e
le facilité et sans occasionner de dou
e craquements pendant cette explorat
générale n'est pas altérée et l'examen
m'y fait constater aucun signe d'al
t ne tousse pas; le seul fait à noter en
claviculaire est la présence de quelqu
ès peu volumineux du reste.
stic est simple : il s'agit d'une arthrit
laire, avec luxation pathologique et

ent s'impose et doit consister dans l'
curage et la résection des parties m
lu sternum. L'opération acceptée par
notre Clinique particulière, le 14 nov
unce de M. le Dr Goudet, médecin d
subir jusqu'ici un traitement par l'hu
ure de fer, etc.
on. Je fais une incision convexe en ba
sternoclaviculaire, passant au bas
ers la clavicule.
lans une cavité située sous le grand p

fermant non du pus, mais une m
volume d'une grosse noix ; la cavit
brane tuberculeuse. En haut la ca
stylet introduit dans ce conduit arr
dénudée et rugueuse de la clavicu
state que la clavicule est luxée en
j'incise son périoste de dedans en
1,5 centimètre, je le détache avec
plus difficilement à la face intern
l'extrémité interne de la clavicule i
sternum. Je soulève l'os dénudé et
la pince coupante ; la partie réséq
mètre et demi. L'os est vascularisé
gulière, dépouillée de cartilage.
cavité articulaire sternale, qui est
la cavité et enfin je cautérise ave
articulaire sternale.

Hémostase : 3 ligatures d'artè
ment de toute la plaie avec de la g
zolque, bande de flanelle.

La petite opérée est ramenée ch
pérature ax, 37°,1.

15 nov. 36°,9, je change le pans
la peau présente au niveau de l'ab
respondant à la partie la plus amir
sang, pas de douleurs, sommeil bo

16 nov. M. 36°,9. S. 37°,8.

17 nov. M. 36°,6, pansement. E

18 nov. M. 36°,8. S. 37°,3.

19 nov. M. 36°,1. S. 37°,2.

20 nov. M. 36°,9, pansement. I
adhérent est laissé en place. S. 37

21 nov. M. 36°,5. S. 37°,2.

22 nov. Le tampon est enlevé,
presque comblée, bourgeons un pe

25 nov. La cavité est complèten
depuis le 22 la petite opérée sort e
est excellent. Savon d'huile de foi
en pilules.

28 nov. La plaie est garnie de
sâtres ; cette coloration est due à u
place l'iodoforme par la pommade
de chaque 15 grammes. L'enfant r

1er déc. La petite opérée vient ch
cicatrisation. Cautérisation au
déc. Elle a été pansée deux f
it près d'être cicatrisée, aucune
té claviculaire est très volumine
à l'état normal, non douloure

sous le tendon du sternomastoï
l'enfant a pris de meilleurs coule
la cicatrisation était achevée. Je n

La cicatrice est encore rosée, as
paraît s'être en grande partie rep
gueur des deux clavicules n'est
l'extrémité claviculaire est touj
droite; elle remonte au-dessus c
centimètre plus haut que la clavi

Tous les mouvements sont facil
l'état général est excellent, on
ment général.

Le 13 avril elle m'est ramenée
dans la cicatrice, il y a à ce nive
sités que je racle avec la curet
aucun trajet profond. Le 21 du
complète. L'état général est ex
local.

Le 7 juin 1886, j'ai eu l'occasi
la guérison persiste et l'état géné
de longueur des deux clavicules
mètre.

Au point de vue anatomique, n
cas qui nous occupe : 1° l'os mala
qui tapissait la collection purule
articulaire.

I. — Les coupes qui montrent l
des lésions osseuses, sont celles q
point situé en peu en deçà de la
dans l'os obliquement en se rapp

a. — Le périoste, normal à pe
face profonde, tout contre l'os, u
gulière de cellules juxtaposées, d
les ostéoblastes.

b. — Au-dessous apparaît l'os,
dant d'étroits espaces médullaire
fibroïde.

Ce tissu entoure le vaisseau ce
séparé des lamelles osseuses par
lules à noyau arrondi, à protopl
ment granuleux, qui par leur for
le nom d'ostéoblastes. Dans ces ré
des corpuscules osseux sont vol
paraissent gonflées. Il y a là un
vail d'ossification comme pourrai
blaste que je viens d'employer,
morphose inflammatoire ainsi
régions plus profondes.

c. — Ici, en effet, les espaces médullaires s'agrandissent considérablement. Ils sont remplis par un tissu d'aspect fibroïde ou muqueux, à cellules allongées ou ramifiées, au milieu duquel apparaissent déjà d'abondants éléments embryonnaires, mais où persistent encore de grosses vésicules adipeuses disséminées. Cette moelle irritée est sillonnée de nombreux vaisseaux. Les uns semblent creusés dans la masse fondamentale, et leur seule paroi propre paraît être une belle couche endothéliale. D'autres montrent, en outre, une tunique homogène, hyaline, colorée en rose vif par le picro-carmin. D'autres enfin, sont limités par un véritable cercle fibreux. Tous ces vaisseaux sont parfaitement perméables.

Notons encore que, dans cette région, les ostéoblastes disparaissent ou s'aplatissent entre la moelle et les lamelles osseuses.

d. — Ces signes d'ostéite s'accentuent de plus en plus, les débris d'os ne forment bientôt que des îlots plus ou moins volumineux, perdus au milieu de la masse du tissu médullaire. Et cependant, fait intéressant au point de vue du diagnostic, leurs ostéoplastes ne subissent jamais la dégénérescence granulo-graisseuse.

Mais déjà, dans les nappes médullaires, les éléments embryonnaires se sont multipliés, parfois infiltrés, d'autres fois réunis sous forme de nodules, d'agglomérations arrondies sans caractères bien spéciaux. Des follicules tuberculeux typiques ne tardent pas à apparaître avec leur zone périphérique embryonnaire ou fibroïde, avec leur groupe central de cellules épithélioïdes, souvent avec leurs cellules géantes.

Dans cette région, à côté de vaisseaux restés perméables, on en voit d'autres qui ont subi l'oblitération caractéristique, et dont la lumière est remplie d'une masse réfringente, jaunâtre, qui simule la cellule géante, ou qui tombe au contraire en détritus granuleux.

e. — Un pas de plus et paraît la dégénérescence caséeuse que faisait prévoir l'état des vaisseaux. — Ce sont alors de grosses masses mal colorées au centre, où cependant on reconnaît les traces d'éléments granulo-graisseux — et teintes en rose vif à la périphérie, où se décèle l'affinité spéciale que possède souvent pour le carmin la substance intercellulaire de ces régions du tubercule caséifié. — En dehors de cette zone apparaissent çà et là quelques follicules en voie d'envahissement (cellules géantes altérées ou non, etc.)... Puis, engainant ces éléments, vient la couche de tissu fibroïde, à faisceaux colorés en rose franc par le picrocarmin, qui ébauche ce caractère essentiel du tubercule : la tendance à la guérison spontanée.

La description anatomique suffit donc amplement à faire le diagnostic *tuberculose*. Aussi la recherche des bacilles (procédé de Gramm), quoique couronnée de succès, n'a-t-elle fait que confirmer ce que nous apprenait l'étude de la topographie des lésions.

II. — Les parois de l'abcès pai
sentent les mêmes caractères.
constitue est de nature fibroïde
intercellulaire est rosée ou inco
forme de faisceaux fibreux d'un
aussi tantôt une simple tunique
de celle-ci, une paroi homogène,

Les cellules de ce tissu fondame
allongées, les autres ramifiées ;
volumineuses, gonflées ; leur ma
d'importance. Elles finissent pai
Dans quelques-uns de ces corps c
rencontre plusieurs noyaux (2 à
sorte de transition vers une va
géantes.

Dans ce tissu se trouvent des
cules tuberculeux typiques et enfi
tes à la surface de la membrane.
anciennes, c'est-à-dire au niveai
tion, ces amas caséeux sont à
picro-carmin. Sur le bord de la c
au milieu de granulations de tou
éléments constitutifs de la néopla
des débris de fins trousseaux fi
gouttelettes de graisse qui sembl

Plus près de leur base d'inse
montrent la zone, teinte en ros
contient quelquefois, au milieu
noyaux encore colorables par le
cellules géantes.

Enfin, le tissu sur lequel ils re
en cellules ; sa susbtance fondame
dense, plus colorée ; elle se tra
d'aspect fibroïde. Les cellules qu
neuses, gonflées, et contiennent
parfois très grosses. Les vaisseau
ici une sorte de sclérose dont les
gine : celle-ci doit être recherc
imparfaite du tissu [1].

III. — A côté de ces parties
blanche où le tubercule est pat
n'existe absolument pas. C'est
laire. Ici ce sont de simples lésion
que l'on observe.

Les régions centrales de ce ca
Mais son tissu fibreux d'attach
cellules embryonnaires et ses co

[1] Voir à cet égard les travaux de H. Mar

s, qui diffèrent du reste légèrement d'une face à

des côtés on voit, en se rapprochant de la péri-
lules caractéristiques se charger de quelques gra-
s, celles-ci devenant de plus en plus abondantes,
gulier, se trouve noyé dans une masse polyédri-
e. Ces corps, si particuliers d'aspect, sont réunis
ıpes disséminés dans la substance fondamentale
arrive, enfin, que quelques-uns de ces groupes se
par fusion de leurs éléments constitutifs, en une
use, ellipsoïde, d'où disparaît toute figure nucléé-

re face du fibro-cartilage la dégénérescence est
e ; les capsules multicellulées atteignent jusqu'à la
'altérer notablement. Cependant les plus superfi-
e elles présentent quelques granulations grais-
ı libre de l'organe est couverte, de ce côté, d'une
de fibrine sous laquelle s'ouvrent quelques capsu-
ırphose graisseuse. Enfin, dans une sorte de sinus,
accidentelle, se rencontre un amas d'éléments
s.

nous avons ici sous les yeux un cas typique
erculeuse. A. M.

rient de le voir, l'examen histologique a confirmé
linique d'ostéo-arthrite tuberculeuse ; cette obser-
ente d'ailleurs d'intérêt que par le siège de la
i trouvé dans les traités classiques de pathologie
ns les ouvrages consacrés aux maladies articu-
s mentions très écourtées sur l'ostéo-arthrite
.e l'articulation sterno-claviculaire ; c'est ainsi que
ne à ces quelques mots : « la synovite granuleuse
scrofuleux ne se développe presque jamais dans
dans cette articulation ; la petite surface de la
être considérée comme la raison de ce fait. Quel-
cependant très rarement aussi, il se développe
ıts scrofuleux, une myélite granuleuse dans la
e de la clavicule, et naturellement l'articulation
r envahie. » Les autres auteurs français ou étran-
consultés n'en disent pas plus long. C'est pour
e j'ai jugé utile de publier l'observation présente.
r dans ce cas : 1° le siège de l'abcès qui est venu
sous le grand pectoral. 2° La subluxation patho-
lavicule ; 3° le point de départ évidemment osseux

pération, elle n'a présenté ni particularités, ni
méthode sous-périostée était ici particulièrement
suivant le périoste, il est évident qu'on ne risque
er dans les régions dangereuses du voisinage.

Enfin comme je le fais d'habitude dan
leuses j'ai cautérisé les surfaces, et au
ponné la plaie avec de la gaze iodoform

SOCIÉTÉ

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU

Séance du 20 *mai* 1886 *à*

Présidence de M le Dr Ch. Bonv

Vu le petit nombre de membres présents à
travaux originaux, la Société s'est occupée p
qui la regardent particulièrement, mais qui n'
les lecteurs de la *Revue*.

Le *Secrétaire-Caissier* donne lecture du
séance et rend compte de l'état de la caiss
déficit.

Le *Président* fait son rapport sur la marche
née 1885-86.

Il donne ensuite connaissance à l'assemblée
sant rapport qu'il a fait au gouvernement sur
cantonale à Sion.

Une longue et chaude discussion s'engage su
gues présents à la séance. Enfin on décide
conclusions du rapport de M. Ch. Bonvin
médecins du canton pour qu'ils puissent l'étu
tions dans la prochaine réunion de la Société.

La séance est levée.

Le

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE

Seance du jeudi 6 *mai* 1886 *à*

Présidence de M. Morax, pr

La séance commence par un excellent din
quarantaine de convives. Au dessert, M. *le P*
datures de MM. les Drs *Lussy* à Montreux, *Ga*
Cery. M. Lussy est présenté par MM. Rapin
par MM. Mermod et Morax : M. Claret, par
M. le Président ouvre ensuite la discussion su
jour : « Travail de M. Ls Secretan sur Leysin

M. Pasteur a vu souvent, en effet, les individus co sortes de fausses membranes.

M. Revillion dit que la colite pseudo-membraneuse liée à la constipation et qu'elle peut très bien exister e trouve que les lavements rendent surtout de très grand cas d'amas de matières dans le rectum et l'S iliaque, ca pagnent pas toujours de constipation ; enfin, il est d'un favorable aux purgations et croit que leur action est d ne se borne nullement au tube intestinal, car la comp peut elle-même s'en ressentir.

M. D'Espine croit qu'une des causes les plus fréquen tion habituelle n'est qu'une véritable atonie muscula c'est ainsi qu'il s'explique les succès qu'il a obtenus massage de l'intestin, soit par le massage combiné avec

M. *le Président* annonce que l'on a reçu des réponse question de la réunion simultanée de la Soc. méd. de l et de la Soc. helvétique des sciences naturelles, de la médicales de Vaud, de Neuchâtel et du Valais. — Il t à la Société la lettre de remerciements du Dr Scheuer correspondant dans la dernière séance.

M. Lombard *senior* fait une communication sous *humoristique entre P. et T.*, pour combattre l'étude ex mie et réhabiliter celle du pouls.

M. Maunoir respecte à la fois le pouls et la températ que le thermomètre est un instrument bien commode à délicat et difficile à appliquer que le sphygmographe.

M. J.-L. Reverdin croit que le pouls varie trop su sonne, pour que, dans les observations cliniques, la s son chiffre puisse jamais égaler l'importance de celui d Par contre, bien souvent, c'est l'etude simultanée du p pérature qui permet en clinique de poser le pronostic

M J. L. Reverdin fait une communication sur un *physaire de l'extrémité inférieure du fémur* de cause tr vée chez une petite fille et qui a nécessité l'amputation p. 294).

Le Secrétaire : Dr

Séance du 5 mai 1886.

Présidence de M. le Dr D'Espine.

M D'Espine lit une *Observation de tubercule d* (voir p. 371).

M. Prevost, à propos des réflexions faites par M. D émise par M. Vulpian et lui-même sur la déviation con des yeux, rappelle qu'il faut bien distinguer ces phénom

ients, que le malade a présentés, et
ment du liquide de la tumeur, il rapp
dans les cas de tumeurs solides du
le malade se déplace.
ttention sur le fait que Wernicke, I
servations semblables à celles de M.
ons électriques dans le domaine du
mmunication : *Sur une fonction dit*
la *Revue*).
ésente un homme auquel il a fait la
, pour cause d'hémorragie. Cet hom
présenté le moindre accident.

Le Secrétaire : Dr E. M

IBLIOGRAPHIE

idemische Diphtherie im Kanton Zür
bleaux graphiques et une carte. L
ravaux qui continuent à se succéder
lus, à part l'ouvrage de *Francotte*, d
praticiens suisses, que celui de n

le se divise en deux parties distin
s'être donné la peine de rassembl
s hôpitaux, mais encore celui fourni
tion des médecins de district [1], s'occupe de la diphtérie, au p
sa propagation, de sa mortalité, de son traitement chirurgic
le canton de Zurich, en particulier pendant une période de 5
du 1er juillet 1879 au 30 juin 1884.

Dans la seconde partie, M. Neukomm se livre plutôt à d
cliniques, en utilisant à cet effet les observations recueillies
ans (du 1er avril 1881 au 31 mars 1884) dans le service spé
téritiques de la clinique chirurgicale du prof. *Krœnlein*. Q

[1] Le canton de Zurich avec une étendue de 1723 kilomètres carr
lation, relativement très dense de 317,576 habitants — d'après le
1880 — est divisé en 11 districts politiques ; le Conseil d'État nom
le ceux-ci un médecin de district et un adjoint ; tout praticien dans le
d'annoncer chaque cas de maladie infectieuse à un de ces derniers, le
à leur tour un rapport mensuel à la commission de santé.

permis de relever les faits essentiels de chacune des pa
tant travail.

L'auteur commence par un aperçu sur l'histoire d
Suisse et nous apprend que celle-ci s'est probablemen
première fois à Bâle en 1517 et que la première épidé
importance pour le canton de Zurich ne s'est produit
seconde en 1858; la première qui ait atteint le district
date par contre que de 1869. Il passe ensuite à l'étude
nous fait voir que dans la période de 5 ans, indiqué
a pas eu dans tout le canton moins de 6947 cas ann
soit 3735 du sexe féminin et 3192 du sexe masculin;
chargee a été le premier semestre de 1882 avec 1331 ca
le maximum des observations (898) tombe sur le mois
mum (322) sur celui de juillet. Quant à la distributio
les différents âges, les résultats statistiques auxquels a
prouvent que, tandis que la quatrième année de la v
grand nombre de cas, la sixième est celle qui offre la
position vis-à-vis de l'agent infectieux.

Au moyen de nombreux tableaux dressés pour chaq
pour chaque commune du canton, l'auteur nous montr
tion locale de la diphtérie; il résulte de la comparaiso
intéressant que le district le plus éprouvé n'a pas
grands centres (celui d'Hinveil situé au sud-ouest vers
galloise et dont la population est essentiellement (58 %
moyenne présenté par an, 55 cas par 10,000 habitants
thour et de Zurich 54), comme aussi ces derniers, eu
de Zurich, n'ont point été les foyers d'infection les
celle-ci (sans les communes suburbaines) de 25,102
moyenne que 30 cas sur 10,000 habitants, Winterl
13,595) il est vrai, 125; Ruti par contre (du district d
âmes seulement, grandes fabriques) 147 cas!

M. Neukomm a spécialement recherché pour 1882, l
tine s'est accompagnée de diphtérie; ceux-ci ont été
Zurich-ville de 29, à côté de 761 cas de diphtérie et
tine; dans les autres parties du canton ces cas mixte
isoles.

Dans un second chapitre, accompagné d'un très
tableaux originaux, à côté desquels il fait figurer ceux
de statistique, l'auteur s'occupe de la mortalité de la
points de vue Il y a eu, en tout, pour les 5 années
décès causés par cette maladie, soit 727 pour le sex
pour le sexe féminin. Le plus grand nombre s'est prod
mier semestre de 1882 (283 cas); la mortalité relativ
en 1879-1880, la plus faible en 1883-1884. Parmi les d
celui de mars qui a été relativement le plus meurtrie

moins; l'âge auquel la diphtérie fait le plus de victime seconde année de la vie. La carte du canton de Zurich q l'ouvrage de M. Neukomm démontre par différentes nuanc ration, la mortalité relative de la diphtérie, pour chaque mière ligne se trouve le district d'Hinweil où il y a eu, e an, 12 décès pour 10,000 habitants, puis celui de Zurich- gen (lac) avec 10; le district du nord (Bulach) n'en n'a pour la même proportion.

Le troisième et dernier chapitre de la première partie a t ches statistiques que l'auteur a eu la patience de faire su mies pratiquées pour cause de diphtérie, dans le canton d qui concerne spécialement le service de la clinique chirur tal cantonal, on voit que pendant 24 ans, soit de 1860 à 1884, il a été pratiqué en tout, 395 trachéotomies avec 1 son (38,5 %). Du temps de *Billroth*, cette opération a é cas pendant 7 ans avec 12 insuccès); sous *Rose*, il y en 157 (Trach. inferior) avec 55 succès (35 %); enfin dep *Krœnlein* on en compte déjà 203 du 1er avril 1881 au 3 225 (Trach. superior sauf 12 Tr. infer. pratiquées par de 96 cas de guérison, (43,8 %) jusqu'au 31 décembre de la

A l'hôpital des enfants à Hottingen, on a fait pendа années 101 trachéotomies (Trach. super.); à celui de V des habitants, actuellement cantonal, 34 (24 Tr. sup. et 1 dans la pratique privée de divers médecins du canton é Tr. sup. et 9 inf.).

En parcourant les différents tableaux que M. Neukom au moyen des données précédentes, on voit que la traché moyenne plus souvent exécutée sur des garçons que si outre la mortalité moyenne que présente cette opération 62 %: elle est plus grande dans la pratique privée (70,3 (hôpitaux (66,3 % Hop. des enfants, 60,6 % Clinique et n de Winterthour). Enfin la conclusion importante à laquell lui-même est que la mortalité par la diphtérie a été plus endroits où l'intervention chirurgicale n'a pas eu lieu.

Arrivons à la seconde partie de l'ouvrage de M. Neuko

Le service spécial de la clinique du professeur Krœn pendant les trois années d'observation 251 cas de diphterie; 48 n'ont pas subi d'opération, leur mortalité a été de 15 % enfant guéri sans trachéotomie avait un an et 3 mois. Ap de déterminer l'étiologie de ces différents cas, l'auteur d la marche de chacun de ceux-ci jusqu'au moment de l'opé à ce propos à formuler plusieurs conclusions intéressantes cependant impossible de reproduire ici.

Dans les cas où le pharynx était également atteint, M. constater que dans 91 cas, cette affection était chez 59 enfa

localisée sur les amygdales ; 24 fois elle siegeait en même temps s
les-ci et sur le voile du palais ; elle ne se trouvait que 8 fois sur c
nier seulement ou sur la paroi postérieure du pharynx.

A propos du choix du manuel opératoire, l'auteur rappelle les diffi
qui d'une façon générale résultent de la présence, pour ainsi dire com
d'une hypertrophie de la glande thyroïde qui rend cette opératio
dangereuse en Suisse qu'autre part. Il montre ensuite, pour ce qu
cerne du moins les trois années d'observation précitées, que le r
obtenu au moyen de la trachéotomie inférieure (mortalité de 61
sensiblement le même qu'avec la trachéotomie supérieure (62 %) ;
met par contre en regard la statistique de Rose qui ne pratiquait
trachéotomie inférieure vis-à-vis de celle de Krœnlein, qui emploie
sivement la trachéotomie supérieure, on trouve pour l'opération d
mier de ces chirurgiens une mortalité de 64 % tandis que pour c
professeur actuel de Zurich, elle n'est plus que de 57 %.

Dans un chapitre spécial, M. Neukomm fait part des observatio
tes après la trachéotomie sur le résultat immédiat de celle-ci au p
vue des mouvements respiratoires, de l'expulsion des pseudo-memb
etc. ; il rapporte ensuite que dans la plupart des cas, la canule a ét
vée (Krœnlein se sert exclusivement de la canule double en arg
Luer) au bout du quatrième ou cinquième jour ; chez 17 enfants le
nulement n'a eu lieu qu'après le huitième jour.

Il passe ensuite à la description des complications diverses qui
produites et qui peuvent influer d'une façon importante sur le pron
c'est ainsi que pendant une période, où sur 79 cas, la diphtérie s'e
pagée 19 fois à la plaie, la mortalité a été de 60 % ; pendant une
période où sur 30 malades, cette propagation n'a pas été observée, l
talité n'a été que de 56 %.

Les résultats fournis par l'observation de la température, surtout
le premier jour après l'opération, méritent aussi d'être relevés : la
lité a été de 70 % chez 67 enfants ayant, en général, présenté un m
ment fébrile s'élevant jusqu'à 40°, et de 85 % chez 14 autres aya
déjà le premier jour, ces mêmes températures.

Citons encore l'influence qui peut provenir d'une albuminurie exis
tandis que chez 118 enfants chez lesquels la recherche de l'alb
dans les urines ne donna qu'un résultat négatif, la mortalité a
49 %, celle-ci s'éleva par contre au chiffre de 74 % pour 43 autres
malades, chez lesquels l'albumine fut trouvée en quantité consid

A propos des complications oculaires de la diphtérie, il est regr
que le travail de M. Neukomm ne nous donne aucun renseigneme
la fréquence des parèses et des paralysies de l'accommodation ; les dif
auteurs donnent à ce point de vue une moyenne qui varie entre 3 et
Dans une publication de date toute récente, mais basée sur un m
fort restreint, Rosenmeyer d'Erlangen indique 8 %.

M. Neukomm termine son ouvrage par d'intéressantes considér

s définitifs obtenus par la trachéotomie. A cet effet, il a, 1884-1885 examiné les 79 survivants des 81 enfants opé- l'hôpital comme guéris. Il a trouvé que sur ce nombre 58 ntaient un état absolument normal ; les 21 autres offraient, altérations diverses soit du larynx, soit des organes respi- ions indépendantes pour la plupart de l'opération elle- s 8 cas = 10 %), mais dues le plus souvent à l'existence hie prononcée de la glande thyroïde. Dr L. Frœlich.

—

). De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile, Paris, O. Berthier, 1886.

ouvelle brochure, l'auteur, professeur de clinique des ma- nce à la Policlinique de Rio de Janeiro, passe d'abord en médicaments antipyrétiques, en signalant les inconvénients ue présente l'introduction de la plupart de ces agents dans e infantile : les effets cumulatifs de la digitale, d'autant s que les enfants sont plus jeunes; les vomissements, la ynamie que provoque souvent l'emploi du tartre stibié, très ur les enfants affaiblis et détériorés par des dystrophies variabilité et l'incertitude d'action de la vératrine, et le id qui résulte parfois inopinément de son emploi : les ver- ires de l'estomac et l'hyposthénie qu'amène l'usage pro- ate de soude qui, chez les enfants comme chez les adultes, écifique sur le rhumatisme aigu, mais qui doit être consi- agent antithermique peu actif et incertain; les accidents ite de l'administration de l'acide phénique et de la pilo-

estime que le bain froid ne peut pas être érigé en méthode présente des inconvénients qui deviennent plus accusés du premier âge, vu qu'on ne peut guère compter sur la ive de la part de ces frêles organismes.

fuge de la quinine n'est plus à discuter et ses divers sels a rôle assez important dans la thérapeutique infantile, no- es climats où sévit l'intoxication malarique. La tolérance r ce médicament est remarquable; malheureusement la ré- tits malades et les préjugés des parents en rendent souvent s.

dicaments antithermiques qui sont venus enrichir la théra- es dernières années, l'antipyrine, par son action rapide et resque constante, a très vite conquis une place de premier ır admet que la valeur de cet agent ne peut être surpassée nt des maladies inflammatoires et fébriles de l'enfance. Il ne d'ailleurs le résultat des observations qu'il a pu recueil- ne centaine de malades traités soit dans son service à la Rio de Janeiro, soit en ville, nous avertissant tout d'abord

que ses recherches comprennent toutes les périoc
jeune de ses petits malades n'étant âgé que de 1

Les maladies dans le traitement desquelles M.
les propriétés thérapeutiques de l'antipyrine sont
reil respiratoire (bronchite, broncho-pneumonie,
paludéennes bénignes ou pernicieuses, des affecti
enfin quelques maladies chirurgicales accompagn
tion.

L'antipyrine a été administrée à des doses pl
ont été jusqu'à présent proposées et prescrites ;
chez de tout petits enfants à la dose de 2 et n
heure ou deux d'intervalle, sans jamais avoir
aucun accident toxique, et en conclut que, propor
tolèrent mieux ce médicament que les adultes. I
dosage à suivre par des explorations thermométr
demi-heures et gradue ainsi la ou les nouvelles
que la température s'abaisse d'un, deux ou trois

Dans la grande majorité des cas, la durée d
entre 6, 9, 18 heures et quelquefois plus.

Les sueurs qui surviennent après l'ingestion d
jamais présentées dans des proportions exagé
tuer un inconvénient sérieux. L'hyposthénie, s
din-Beaumetz et par d'autres observateurs, n'
l'auteur. que la conséquence de doses trop élevée
dence, on aura dans l'antipyrine un agent antith
presque mathématique et incapable de produire
Le vomissement s'est présenté très rarement et
qu' se produit souvent à la suite de l'administ
médicaments chez les enfants.

M. Moncorvo administre l'antipyrine à ses p
voie gastrique, soit par la voie rectale, soit enfi
miques. Il la donne seule ou associée au sulfate
un précieux adjuvant.

Il admet d'ailleurs que ce médicament a un
centre régulateur de la caloricité.

Voici un résumé de ses conclusions :

1. L'antipyrine est le plus puissant et le mo
antipyrétiques employés jusqu'à ce jour dans la

2. Administré au cours des affections inflamm
ratoire, la défervescence est rapide et plus ou mo
très souvent une amélioration de la nutrition gé

3. Dans le traitement de l'impaludisme aigu,
très efficace et rend en outre de très grands serv
prompte absorption des sels de quinine.

4. Dans quelques cas d'affections rhumatismal

gicales accompagnées d'un commencement d
action continue de la caloricité.
déterminée par l'antipyrine s'opère avec un
patique chez les enfants de tout âge. Elle a un
eures.
ts reprochés à l'antypirine sont presque tou
inistration de doses trop élevées.
odermiquement, elle agit avec une intensité
ides, du moins chez les enfants.
plus de danger et possède une action antith
ble que celle de l'antipyrine.
ui pourra paraître bien optimiste. Celui qui éc
e se hâte toutefois d'ajouter que ses expérien
raient d'en tracer un à peu près semblable,
ipales lignes. H. Gu

ROS. Contribution à l'étude des luxations de
radius et plus particulièrement sur les ca
ces luxations et sur leur traitement. T

par un chapitre sur le mécanisme de l'arti
bitale supérieure ; l'anatomie et la physiologi
l'auteur a traitées avec détail, étaient une pré
les luxations de l'extrémité supérieure du ra
eur mécanisme. La division adoptée par l'au
on en avant, complète, incomplète ; luxa
complète ; luxation en dehors, complète, inc
on ou incomplète chez les enfants. Ces di
sivement passées en revue, leur mécanisme
des expériences cadavériques, dans ces exp
rocher plus que ses devanciers des conditio
mme point d'application à la force trauma
de la paume de la main ; les signes de chaqu
tés et illustrés par des planches dessinées d'
tales. Un court chapitre est consacré au di
luxations isolées du radius en général et les
de.
s traitent des causes de l'irréductibilité imm
ilité immédiate est due soit à la tension et à
n déchirées de la capsule et des ligaments
l'interposition des lambeaux déchirés de la
se de la dechirure de la capsule et prob
on musculaire. Les causes de l'irréductibilité
forcées par le fait de la durée de la luxatio
s s'établissent peu à peu soit dans les e
es tissus fibreux.

Après avoir relaté les manœuvres nécessaires dans les luxati
tes, M. résume comme suit les différentes méthodes applicables
tions anciennes :

1° L'exercice du membre. 2° L'extension forcée dans le but
les adhérences. 3° La section sous-cutanée des ligaments ou
fibreuses unissant l'une à l'autre des surfaces articulaires. 4°
ouverture de la jointure en vue de reconnaître et de détruire
la réduction. 5° La résection de l'extrémité luxée. M. montre
tions qui peuvent engager le chirurgien à adopter ces deu
modes d'intervention et appuie sa manière de voir par les ol
de Sprengel, de Löbker, et par celle de Jaques Reverdin qui a
gine de son travail. L'observation d'arthrotomie simple de S
seule connue jusqu'ici, n'a paru qu'après que M. avait précon
quement cette méthode ; Reverdin l'avait tentée, il est vrai, ma
obligé d'en venir à la résection.

Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Toutes les formes connues de la luxation isolée de
« supérieure du radius, peuvent être produites expérimenta
« transportant la force d'action sur la paume de la main.

« 2° Les résultats de l'expérimentation permettent d'admett
« chute sur la paume de la main, rapportée souvent dans l'ét
« cas observés, est une cause principale de ce genre de déplac

« 3° La luxation en dehors reconnaît pour cause l'action de
« de bas en haut, combinée à celle qui exagère l'angle interne
« ce dernier facteur à lui seul est insuffisant pour produire la l
« dehors.

« 4° La cause de l'irréductibilité immédiate repose dans l'in
« des ligaments rompus et plus particulièrement dans celle d
« annulaire et du ligament latéral externe. La formation d'u
« dans la cavité articulaire abandonnée, favorise l'engagement
« position des débris ligamenteux.

« 5° L'arthrotomie et la résection de l'extrémité supérieure
« sont justifiables dans les cas d'irréductibilité immédiate
« mais la résection doit être réservée pour les cas de luxation

J.-

—

A. Herzen. Les conditions physiques de la conscience, ext. de
de Genève. Janvier-mars 1886. Genève, H. Stapelmoh

Cette très intéressante étude psychologique et physiologique
professeur de Lausanne ne se prête guère à une analyse succ
doit être lue attentivement dans son entier ; nous dirons seul
pour M. Herzen « la conscience est liée exclusivement à la dés
« fonctionnelle des éléments nerveux centraux ; son intensité
« portion directe avec cette désintégration et simultanément
« tion inverse de la facilité avec laquelle chacun de ces élémen

ıtégration qui s'empare de lui et avec laquelle il rentre
réintégration. »
ce, l'auteur traite spécialement de la conscience du
n'est autre chose que l'unité de l'organisme se révélant
apporte à ce sujet de curieux exemples de dédouble-
alité. C. P.

VARIÉTÉS

– Le Dr Lucien Blanc. Ce jeune confrère dont nous
noncer ici la mort prématurée était né à Corbières,
en 1854. Il fit toutes ses études médicales à l'Uni-
. fut promu au grade de Docteur, en mai 1885, après
tamens et la soutenance d'une thèse intitulée : « De
allin dans sa capsule. » Il avait rempli les fonctions
t à l'hôpital ophtalmique (Fondation Rothschild) de
½ ans (octobre 1882 à avril 1885). Il se rendit à Ber-
t revint en automne dans sa famille. Il s'occupait de
d'activité plus étendu que son lieu de naissance, lors-
ntraignit à y renoncer. Celle-ci fit malheureusement
rès, et Blanc s'éteignit le 2 juin dernier. Blanc etait
de capacité et qui promettait beaucoup ; il est mort
mesure et sans avoir pu accomplir la tâche à laquelle
r un travail opiniâtre et pour laquelle la nature l'avait
oué. Dr B.

—

des médecins suisses. — Reçu en mai 1886 :
Dr Bircher (IIIme don). 20 fr. Lorenz (IIme), 20 fr. Mettaner
(IIIme), 10 fr. Strahl (IIme), 10 fr. Müller (IIIme), 10 fr. Suter
427 = 1517)
rof. Burckhardt-Merian (IVme), 50 fr. Hoseh (IIme), 10 fr
, 10 fr. Oeri (IIme) 10 fr. Schöner (IIme), 20 fr. Rütimeyer
910 = 2020).
Dr Schneider (IIIme), 20 fr. (20 + 295 = 315).
i (IIIme), 10 fr. Döbeli (IIIme), 10 fr. Schüpbach (IIme), 7 fr.
0 fr. Prof. Kocher (IIIme), 20 fr. Kummer, 10 fr. Prof. Licht-
Müller, 10 fr P. Niehaus (IIIme), 20 fr. Prof. Pflüger (IIIme),
IIme et IIIme), 20 fr. Schenk, 10 fr. Schwab, 5 fr. R. Vogt
bach (IIIme), 20 fr. Körber (IIme), 20 fr. Arni (IIIme), 5 fr.
. Ganguillet (IIIme), 10 fr. Ratz (IIIme), 10 fr. Gerster (IIIme),
0 fr. Strasser (IIIme), 10 fr. Studer (IIIme), 10 fr. Zgraggen
fr. Glaser (IIIme), 20 fr. Fetscherin (IIme), 20 fr. Reber (IIme),
er (IIme), 10 fr. De Sury (IIIme), 10 fr. Rau (IIme), 10 fr Vögeli
el (IIme), 10 fr Schaufelbüel (IIIme), 10 fr. (467+3212=1679).
gaitas (IIme), 10 fr. Favre (IIIme), 10 fr. Frölich (IIme), 10 fr.
+ 285 = 305).
ollikofer (IIme), 5 fr. Meuli-Hilty (IIme), 10 fr. Reichenbach
(IIIme), 10 fr. Anonyme, Niederuzwyl (IIme), 10 fr. Balzer
20 fr. Müller, 5 fr. Schönenberger (IIme), 10 fr Walle (IIIme),
fr. (120 + 1850 = 1970).
, 20 fr. Ferrière, 5 fr. Haltenhoff (IIIme), 10 fr. Lambert, 10 fr.
. 10 fr. N. N. Genève (IIIme), 20 fr. Prof. Zahn (IIme), 10 fr.

Glaris — Dr Blumer (IIIme), 10 fr. (10 + 350 = 360).

Grisons. — Dr Unger (IIme), 30 fr. Nolfi (IIme), 10 fr. Andeer, 10 fr

Lucerne — Dr Staffelbach (IIme), 10 fr Waltisperg (IIIme), 20 fr. Gilli (IIIme), 10 fr. Anonyme (IIme), 50. Bühler (IIme), 10 fr. N Vogel, 20 fr. Genhart (IIIme), 10 fr. Ch. Attenhofer, 20 fr. H. Atten Fetscherin (IVme), 10 fr. (230 + 985 = 1215).

Neuchâtel. — Dr Meyer (IVme), 10 fr. Trechsel (IIIme), 10 fr. 50 fr E. de Reynier (IIIme), 10 fr. Cunier (IIIme), 10 fr. Bossardt-((100 + 473 = 573).

Schaffhouse. — Dr Keller, 25 fr. De Mandach junior (IIIme), 5 f Fratscher, 20 fr (65 + 165 = 230).

Soleure. — Dr Wyss (IIme), 10 fr. E. Munsinger (IVme), 10 fr. V Bott (IIme), 10 fr. (35 + 785 = 820).

Tessin. — Dr Bonzanigo (IIme), 10 fr. Bruni (IIIme), 10 fr. P Pellanda (IIIme), 10 fr. Mattei, 5 fr. Gianella (IIIme), 5 fr. Pon (53 + 415 = 468).

Thurgovie. — Dr Etter (IIme), 5 fr. Zwinger (IIme), 10 fr. Maien (IIme), 10 fr. Anonyme, Romanshorn, 10 fr. Boillat (IIme), 10 fr. (93

Valais. — Dr Brunner (IIme), 20 fr. (20 + 40 = 60).

Vaud. — Dr de Cérenville (IIme), 100 fr. Heer (IIIme), 10 fr. E Roux (IIme), 20 fr. Dentan (IIme), 10 fr. Lussy (IIme), 10 fr. Steig (IIme), 10 fr. Müller-Billon (IIme), 20 fr. Martin, Vevey, 5 fr. Pilet (225 + 750 = 975).

Zoug. — Dr Zürcher (IIme), 5 fr. Hürlimann (IIIme), 10 fr. Ar (25 + 230 = 255).

Zurich. — Dr Grimm (IIme), 10 fr. Goldschmid (IIIme), 10 fr. Seitz (IVme), 20 fr. R. & H. (IIIme), 20 fr. Brunner (IIIme), 10 fr. E Frey, 20 fr. Landis (IIIme), 50 fr. Fierz (IIIme), 5 fr. Rohrer (II schweiler, 20 fr. Diener (IIIme), 20 fr. Keller (IIme), 10 fr. Schl Wunderlin (IIIme), 10 fr. Studer (IIme et IIIme), 40 fr. Ziegler (II (IIIme), 10 fr. Billeter (IIme), 20 fr. C. (IIIme), 20 fr. H. Meyer, 10 10 fr. Suter (IIme), 10 fr (395 + 4773 = 5168).

Total : 2235 + 24,065 des listes précédentes = 26,300 fr.

Bâle, 2 juin 1886. *Le Trésorier*

Maladies infectieuses signalées au Bureau de Police sanitaire d

MAI 1886.		Fièvre typhoïde.	Fièvre puerpérale.	Variole.	Varioloïde	Scarlatine.
DISTRICTS	COMMUNES	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.
Lausanne.	Lausanne	....	....	....	1	7
	Pully	...	....	....	1	....
	Cheseaux	....	....	....	....	1
Morges...	Morges	....	....	....	....	8
Grandson.	Champagne	....	....	....	1	....
Yverdon..	Yverdon	....	....	....	1	....
Vevey....	Jongny	....	....	....	3	....
Lavaux...	Lutry	....	....	....	....	....
Moudon..	Villars-le-Comte	....	....	....	....	....
	Neyruz	....	....	....	....	....
	Saint-Cierges	....	....	....	....	....
	TOTAUX...	....	....	....	7	16

TIQUE MORTUAIRE ET ÉPI

ar le prof. P.-L. DUNANT

		à Lausanne (la commune de)				à L (la	
, Haut-Vaud)							
bitants		32,222 habitants				11,9(	
		MAI					
tal	Mois précédent.	Masc.	Fém.	Total	Mois précédent.	Masc.	F
...	....	....	....	....	..1.	....	.
...	....	....	....	....	....	....	.
...	....	....	....	....	..1.	....	.
...	....	....	..1.	. 1.	..1.	....	.
.8.	.7.	....	....	....	....	....	.
...	....	....	....	....	....	....	.
...	..5.	....	....	....	....	....	.
...	....	....	....	....	....	....	.
.1.	....	....	....	....	..2.	....	.
...	....	....	....	....	....	....	.
24.	.26.	..5.	..2.	..7.	.12.	....	.
.5.	..5.	....	..1.	..1.	..1.	..1.	.
.5.	.13.	..2.	....	..2.	..2.	....	.
11.	.12.	..3.	.4.	..7.	..4.	..2.	.
.1.	..3.	..1.	..1.	..2.	....	....	.
.6.	..4.	....	..2.	..2.	..5.	....	.
11.	.16.	..1.	..1.	..2.	..7.	..1.	.
.2.	..2.	....	....	....	....	....	.
.7.	..6.	..6.	..1.	..7.	..4.	..1.	.
.6.	..6.	..2.	..7.	..9.	..5.	..1.	.
.3.	..5.	....	....	....	..1.	..1.	.
18.	.18.	..1.	..3.	..4.	.11.	..4.	.
.7.	.11.	..1.	....	..1.	..6.	....	.
.7.	..6.	..3.	..2.	..5.	..3.	....	.
.9.	.11.	.1.	....	..1.	..1.	....	.
.3.	..3.	. 1.	....	..1.	..2.	..1.	.
.2.	..3.	....	....	....	..2.	....	.
.5.	..4.	....	....	....	....	..1.	.
41.	168.	.27.	.25.	.52.	.76.	.13.	.
36.	.46.	..3.	..2.	.10.	.19.	..4.	.

DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES ET PRÉ

DANS QUELQUES AUTRES VILLES SUISSES

D'après les chiffres du Bulletin hebdomadaire du Bureau fédéral d

Du 2 au 29 mai 1886 (4 semaines).

VILLES SUISSES de plus de 10,000 habit[ts]	Population calculée 1er juillet 1886	Total des décès.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Fièvre typhoïde et typhus.	Infection puerpérale.	? pul	Af resp	Enf jeune	Autr
Zurich agglomération	.87,689	.216	.12.	.23.	..1.	..6.	..6.	..2.	....	.28.	.31.	..8.	.99
Bâle.....	.70,647	.111	....	....	....	..1.	..2.	..2.	..1.	.25.	.12.	..7.	.61
Berne.....	.48,601	. 86	....	...	...	..2.	....	....	....	16.	..6.	..4.	.58
Chaux-de-F.	.23,866	..37	. ..	....	....	..1.	..3.	..1.	....	..5.	..4.	..4.	.19
Saint-Gall..	.24,097	..42	....	....	....	..1.	....	..1.	....	.10.	..2.	..4.	.24
Lucerne....	.19,707	..38	....	...	....	..1.	...	....	....	..4.	..6.	....	.27
Neuchâtel..	.16,891	. 28	...	....	....	....	....	..1.	....	..4.	..2.	..1.	.20
Winterthour	.15,935	..31	....	....	....	...	..1.	....	....	..8.	..6.	..2.	.14
Bienne.....	.13,583	..25	....	....	....	....	....	....	....	..8.	.2.	..2.	.18
Schaffhouse.	.12,628	..22	...	....	....	..1.	....	....	....	..1.	..5.	..1.	.14
Hérisau....	.11,888	..25	..1.	....	....	....	....	..1.	....	..3.	..3.	....	.17
Locle.....	.10,537	..18	...	....	....	....	....	....	....	..3.	..3.	....	.12
ENSEMBLE[1]	472,280	.882	.18.	.23.	..1.	.14.	.20.	..8.	..2.	135.	110.	.43.	513
4 semaines précédentes		*.949*	*.16.*	*.12.*	*..1.*	*.23.*	*.19.*	*.10.*	*..4.*	*158.*	*150.*	*.34.*	*527*

[1] Y compris Genève, Lausanne et Fribourg.

Pendant la même période et dans les mêmes villes il a été enregistré :

Naissances 994 Mort-nés 52

[2] Dans ce nombre sont comptés les décès suivants par :

Vice organique du cœur	36	Accident	23
Apoplexie	34	Suicide	14

avation, elle
rt de tour et
, comme le r
moins de cert
lans la diminu

nde fait un tour

ans un canal étr

serrées.

de n'a plus que

ontenance de
ui jaugeait 2 l
rès la résectio
nps de la cont

yen, dont on
période de cic
r approximati
yens d'appréci
able dorénava
tion importan

n *proportionn*
récier géométr
connue dans t

chement des e

tention des pl
e peut être ex

nt, moitié par les
:tion, moitié par la
approximativement
ombler entre les ext
la place du vide.
données exactes qui
ies opérés, la soudur
au bout de 45, 59 et
ans le lieu d'élection
ılpation n'est pas em
trôler l'état des parti
ème opéré, la résecti
ième et quatrième cl
é centrale et le bout
découvert, la plaie
est facile par consé
rier, les extrémités o
.res, et le 3 mars de
nt de 3,4 cm. en 13

ection de tronçon d
re les deux extrémité
us démontrent que la
grande rapidité apr
canisme de la répa
le. Ci-dessus, la ré
t cicatrisation des bo
nts. Il n'y avait pas
sseux dans le périos
ostée.
ion a son importa
iété de chirurgie du
osé à la résection
ajeur, a-t-il dit de ré
met en travers de
vités.
re en revanche le pr
simplifie l'opération,
trop rapide.
vu de traces de tissu
llon périostique qu'u

u'il s'agit dans certains cas d'un procédé
l'un simple rapprochement bout à bout :
: côtes peuvent s'infléchir en dedans, faire
ıctes les plus voisines du champ de la résec-
ttre de chevaucher en forçant ainsi le tho-
.ndrissement en hauteur. Cette supposition
la *mensuration* qui accuse bien réellement
thorax dans le sens de la hauteur.
loulourеux qui peuvent être observés pen-
rétraction prouvent aussi qu'un changement
duit dans un nombre d'arcs costaux supé-
tes que l'on a attaquées. J'ai constaté chez
des douleurs vives envahissant, à partir de
ne, alors que la rétraction se faisait très
segment dorsal de la colonne vertébrale, et
ın doute, par l'appel du fragment central et
articulation costo-vertébrale qui en résul-

, cause en jeu, il n'en reste pas moins cer-
'ayé par l'opération dans les os du thorax
ınière complète et définitive.

.r le *sort des muscles* blessés ou sacrifiés pen-
des côtes. On a vu qu'il est dans l'intérêt
ion de ne pas les ménager, mais de couper
sceaux musculaires lorsqu'ils ne se laissent
ıt.
uvre aussi brutale, on pourrait craindre des
ınelles graves. Or, il n'en est rien, les mou-
ınt pas sérieusement. Il est intéressant de
ıe après les sections les plus complètes, les
ɜe soudent et se reforment si heureusement
ıe infirmité.
èrement frappé de ce fait dans les circons-
ans une résection pratiquée à la région anté-
ctoral dut être sectionné verticalement dans
de sa largeur, puis décollé. Les extrémités
ɔntées. Il ne resta pas la moindre faiblesse
nts d'adduction du bras et le muscle lésé
oute sa vigueur au bout de quatre mois.
me chez deux opérés chez lesquels la moitié
ne muscle a été traversée en largeur et le

'un ni l
tion. J'
se du l
grand d
rien d'é

nême q
re costa
nence di
endant
tire pén
e tomb
à cet in
oire, et
s, avec
persist
nfant B
e et d
ntré da
nts sér
ction d
cet org
des *dila*
fait con
excentriq
thoraci

n terme
le la qu
opérat
ss excav
le doit i
-il pour

une man
n résun
opérati
au mili
t fréque

Issues des pleurésies chroniques traitées par la résection. Guérison définitive. Valeur de l'occlusion incomplète.

On peut classer les observations comme suit :

Guérisons complètes avec occlusion de l'excavation, sans fistule. Elles figurent dans mes observations par 5 cas sur 8. Estlander en a obtenu 3, Saxmann 2 sur 5, Bouilly 3 sur 5. Cette proportion est fort satisfaisante, si l'on tient compte de la gravité et du caractère rebelle de l'affection, dont la guérison spontanée, sans être considérée comme une impossibilité, est absolument improbable.

Dans une seconde catégorie figurent les cas d'*oblitération de la cavité, avec persistance d'une fistule.* J'en ai compté 2 sur 8, Estlander 2, Chauvel 2 sur 2, Bouilly 1.

Dans une troisième catégorie, je range les cas soldant par une *réduction importante de la cavité*, sans oblitération (Estlander 2, Saxmann 2, moi 1).

Dans une quatrième catégorie figurent les *résultats défectueux;* l'opération a produit un certain degré de rétrécissement, mais en laissant subsister une poche de grande dimension. (Estlander 2, Saxmann 1, Lucas Championnière 2).

Considérant comme *résultats satisfaisants* ceux compris dans les trois premières catégories, nous obtenons un chiffre de succès de 23 sur 30 cas, pour lesquels il est permis d'affirmer hardiment que la guérison était irréalisable.

Il semblerait que les cas de la première catégorie, tout au plus ceux de la première et de la seconde, dussent seuls être envisagés comme encourageants. C'est une erreur, voici ce que l'on peut dire là-dessus :

L'objectif d'une résection de côte appliquée à une excavation de la plèvre doit être de favoriser la réduction de sa capacité, d'abord, puis si possible de provoquer son oblitération complète. Si la première visée est atteinte, le résultat sera déjà satisfaisant, et je ne saurais admettre la valeur de l'objection que voici, qui figure dans le compte rendu de l'Académie de médecine. La note de la rédaction du journal qui reproduit la discussion sur la thoracoplastique dit ceci :

« Le but de l'opération d'Estlander est de réduire les fistules pour diminuer l'épuisement des malades par la suppuration chronique. S'il reste donc une fistule après deux opérations

ce (cas de Chauvel) le résultat e
iminution n'écarte aucun des i
chronique, et qu'elle ne fait que

t pas de peine à démontrer qu'u
ne excavation pleurale va para
es forces et de l'état général qui
ivité d'une poche suppurante d
ue directe de l'étendue de celle-
est parvenu à provoquer l'adhé
'excavation, on a certainement p
e du malade. Si l'oblitération es
d'une fistule, on peut presque
ive comme une guérison, car la d
ne surface suppurante réduite à
tres ou alors qu'elle occupe le
leurale.
os je dois rappeler une remar
causes qui enrayent le travail d
grâce à la résection, le travail ré
rganisatrice, l'on voit les condit
éliorer à vue d'œil. La fièvre bai
araissent, le facies se transfor
it épais.
ment est d'autant plus évident q
i viennent de subir un traum

on de ce phénomène intéressant
le ne repose pas seulement sur l
ar une plus grande étendue des
rgie respiratoire qui en découle
d'une activité fonctionnelle qui
it dorénavant par la création de
nécanique.
bserver cela, il n'est pas nécessa
ande excavation, pourvu que la
ée soit arrivée près de son apo
nsion moyenne, dont le travai
eut être aussi démonstrative qu'
sera peu tant qu'il est dans
ile.

défaut, on attendra, car la guérison par l
nature est toujours possible.

La résection est ensuite indiquée dans l
moyenne ou faible capacité, s'étendant en
la rétraction thoracique est arrêtée et q
vation des symptômes généraux, fièvre
œdème, amaigrissement. Elle peut être ap
excavations de même nature lorsque le
détermine des menaces de *complications* »
doit être abandonné.

La résection costale peut rendre d'in
favoriser puissamment la guérison lorsqu
semaines après la thoracotomie, l'excava
On opérera utilement dans ces circonst
l'évolution ultérieure du rétrécissemen
reconnu le caractère inoffensif de l'opérat
est en droit d'y avoir recours, même lo
d'une guérison spontanée sont loin d'être
où l'étendue et la profondeur de l'exc
approximativement un *quart* au moins d

2° Des contre-indicatio

A l'article précédent, j'ai fait voir dans
la résection des côtes peut s'imposer comm
cessaire. Je l'ai fait d'une manière somma
son : La résection peut être considérée com
étant donné une grande excavation pleur
pas de contre-indication. La plupart des
se posent d'une façon inverse, dans ce
indication découle généralement du défa
militant en faveur d'une intervention.

La discussion des raisons contraires
plus grande importance que celle des rais

Les contre-indications de la résection c
mer comme suit :

a. La tuberculose. La constatation d'un
culeux actif et diffus du parenchyme pulm
de soi, une intervention opératoire sur
règle qui ne souffre guère d'exception. C
s'entendre, car la tuberculose ne constitu

e la tuberculose, la pleurésie était déjà infe
ration, ce qui n'a pas empêché le travail de
tif de s'opérer avec toute la vigueur possible
de l'étendue de la lésion et de la débilité gé
ıen microscopique de la sécrétion, négli
l'opération fut décidée, eût démontré la pı
l est fort probable que nous aurions reculé
comme la suite l'a prouvé. Cette négligenc
malade en même temps qu'elle nous procur
on de faits importants et dont il faut ten

fait :

M. le Dr de Miéville, de Nyon, à opérer pour une p
dame fort malade, je ne constatai pas de signes po
pération de l'empyème avec résection d'une côte.
ide, guérison complète.
rès, la sœur de cette malade fut frappée d'une tub
du poumon et succomba.

as permis de supposer, comme mon confr
ant la *Société vaudoise de médecine*, que
lade, offrant une ressemblance physique fra
, l'affection de la plèvre était aussi tubercul
on l'a délivrée, alors que chez la seconde l'in
poumon en y devenant promptement irrémé
aux actes de la *Société de chirurgie* une ob
Poulet, résumée ainsi : Résection de fragm
ıtrième à neuvième côte) avec grattage d
la plèvre, pour guérir une fistule consécu
pratiqué à la suite d'une *pleurésie tuberc*
fut guéri des suites de l'opération, et il n
le contenant 30 à 40 gr. de pus. Quoique la
ıs été complète, le cas fut amélioré et la
de l'affection n'a pas été opposée à la
l'opération. On se demande, du reste, s'i
e, en cas pareil, de conserver une fistule

de ces faits que :
a suite d'une pleurésie suppurée, *avec signe*
pulmonaire peu avancée ou constatation de
, on a affaire à une excavation pleurale dou

as jugée pos
n costale, e
faisaient d
urs possible
ılose, et que
clinique qui
savoir à quoi
r.
sires de l'e
limites. Ell
lorsque le
si à contract
que irruption
léfaut de ré
de la resecti
al, avec atele
avitaire diff
uphorique g

sse être la r
écir la cage
s plèvres en
ésection éno
nction respir
oumon immo
ıvoriser la fo
xpansion pul
ue, ne saura
vre. Elle co
e a atteint s
uccès dans u
toute son ép
résisté aux

pour ne p
lle est la n
ité gangrén
mposition s
ses dans des
rivent pas.
ıent de l'ouv

e externe, qui ne sont pas rares dans
ont aussi, en coïncidant avec les ano-
tionnées, rendre le diagnostic embar-

e. Si même on est arrivé à exclure
les troubles cardiaques deviennent
nt à l'administration du chloroforme.
t pas possible sans anesthésie géné-
n du malade est trop précaire, son
apide, sa respiration superficielle, s'il
u chloroforme peut devenir si dange-
r à l'opération.
ermet pas de mener à bien une résec-
rnièrement, de pratiquer une thora-
nces délicates et exceptionnelles. Ne
oroforme, nous eûmes recours à la
, qui facilita l'incision de la peau, se
pprimer la douleur pendant celle des
ction des côtes eût été absolument

(A suivre.)

---

de du tabes dorsal spasmodique hez l'enfant,

r V. Gilbert.

eu d'années que l'on a commencé à
que chez l'enfant ; les observations se
s après que l'attention des médecins
et aujourd'hui un certain nombre de
tout contribuent à montrer que cette
veux doit rentrer dans le cadre des

ons l'occasion d'examiner à la clini-
cantonal de Genève et sous la direc-
iod, un jeune enfant de cinq ans qui
les plus évidents du tabes spasmo-

s parut assez intéressante et le fait
t pour nous engager à publier cette

n, lors même qu'elle n'appor
l'histoire du tabes spasmodi

on. — Marius B., âgé de 6 ans, e
a toujours vécu jusqu'au jour de
ve.
et sa mère sont encore vivants ;
ur santé, sur leur genre de vie
enfants, l'un est un garçon âgé
é bien portant ; l'autre une fill
avoir présenté de symptôme du
it Marius lui-même, il a été vacc
de 11 mois et la coqueluche
nt pas entraîné chez lui de com
e trace de leur passage.
a, l'enfant a toujours joui d'une
veloppant progressivement et ne
jours trouvé d'ailleurs dans les
s sa première enfance ; il a été r
de 17 mois ; à 12 mois seuleme
aliments. La dentition s'est bien
une certaine précocité dans c
re à 3 mois et demi, et à 8 mois
eur apparition sans occasionner
ocite du côté de la marche : à l'
uelques pas en se tenant ; à 14
une des manifestations du rachit
, la demarche a été de tout tem
mesure que l'enfant grandit. Sa
***pointe des pieds ;* il tombe souve**
nais observé chez lui ni crise ne
rimaces particulières ; il ne s'es
bes, ni de maux de tête, ni de d
ons digestives ont toujours été ex
l'incontinence d'urine ou de mat
ent nous sommes en présence d
'une bonne santé ; il a un facie
son âge, les cheveux blonds, de
être dans une bonne moyenne
les questions qu'on lui adresse e
actère cependant est inquiet, an
tinuellement pourquoi sa mère l
er à l'école.
nation générale est bonne, sa tai
cachectique, et on n'observe

ités, de cicatrices, de marques de scrofule,

st la transpiration cutanée sont normales.
t excellentes, l'enfant mange et digère bien ;
s de vomissements ou de maux d'estomac.
ement développés. Les fonctions urinaires
à signaler ; les organes génitaux sont nor-

e et à l'auscultation on ne remarque rien

frappés régulièrement, le battement de la
ne espace intercostal.
uble du côté du système circulatoire.
général est bonne, on remarque cependant
naigres et en outre un peu arquées.
le faire quelques pas, il ne se fait pas prier,
re en déplaçant son centre de gravité qu'il
nversement du tronc pour compenser la
. — Il marche en faisant des mouvements
bras, dont il se sert comme d'un balancier,
térabilité et lui aident à rétablir l'équilibre
Il porte tour à tour en avant et en masse
u moyen d'un mouvement total de la partie

pinte du pied sur le sol ; on n'entend pas le
t ait de fortes chaussures. On ne remarque
he en fauchant.
fiée par l'occlusion des yeux et les demi-
n, quoique un peu lentement.
it malade sans chaussures, l'équilibre est
enir ; car ses souliers munis d'une large
soutien. L'enfant cependant ne se rend pas
sur ce fait que son cordonnier travaille mal
rs beaucoup trop grands.
sont partout conservés, quoique un peu
a flexion et l'extension de la cuisse sur le
uisse se font sans gêne et sans douleur ;
des mouvements spontanés très limités de
mbe ; les mouvements qu'on cherche à lui
tendus, mais ne provoquent aucune sensa-

n conservée pour les membres supérieurs,
enfant se met en colère et cherche à faire
la main.
, elle paraît un peu diminuée.

On ne remarque pas d'atrophie apparente nota
men attentif montre des tremblements dans les
cuisse, surtout à droite ; la rigidité n'est pas très
observé de crampes bien nettes ; les cuisses ne
forcée.

La coordination des mouvements n'est nullem
membres inférieurs, ni dans les supérieurs. L'en
jambes au point qu'on lui indique et porte un v
sans hésitation et sans secousses.

Les réactions électriques (courants faradique et
tement normales.

La sensibilité. Le chatouillement de la plante d
ties du membre inférieur n'est en rien modifié.

La sensibilité à la douleur et à la température

L'étude des réflexes présente ceci de particulie
est très exagéré ; le réflexe du poignet un peu ai
pied brusquement dans la flexion forcée, on p
succession de mouvements alternatifs d'extensio
sur la jambe ; ce phénomène que l'on a appelé « '
n'est pas constant chez notre malade, quand on
de courte durée ; il ne se manifeste pas d'une fa

Il ressort de cette observation que nous
d'un enfant dont l'état pathologique se ré
parésie motrice des membres inférieurs, m
diques et exagération des reflexes; trois
sent à constituer l'affection dont Charc
premiers observateurs et qu'ils ont décri
de Tabes spasmodique, soit de Paralysie s

Ce qui rend difficile le diagnostic de cett
y a d'autres affections de la moelle qui pr
certaine communauté de symptômes : te
latérale amyotrophique, la myélite trans
compression ; la sclérose en plaques de fo
myélite antérieure chronique qui dans l
peuvent donner lieu à des erreurs.

Nous croyons cependant pouvoir éli
myélopathies, par le fait que nous n'av
sensibilité, ni paralysie vésicale, ni tro
atrophie musculaire. C'est entre la scléi
tabes spasmodique que le diagnostic dif
plus grandes difficultés ; Charcot prétend
tains cas il est impossible à établir d'une

tabes dorsal ataxique et le tabes dor-
simple; en effet tandis que le premier
oubles évidents de la sensibilité, le
nt toute la durée de son cours à l'ap-
ompagner de troubles de la sensibilité.
.ble rapprocher ces deux affections ne
au point de vue des symptômes qu'au
; Charcot l'avait compris quand, cher-
mination, il disait : « L'antique appel-
é la signification assez indécise qui s'y
it s'appliquer assez bien pour désigner
ion spinale primitivement chronique,
s occupe, progresse à peu près fatale-
on lente et, en définitive, à l'exemple
ec laquelle on peut la mettre en paral-
ne pardonne guère. Quant à l'adjectif
né à faire ressortir le phénomène cli-
dire la contracture qui presque dès
ibres affectés, se montre bientôt per-
quelque sorte symptomatiquement à
. »

pour mémoire des paralysies hystéri-
de la maladie de Thompsen, dans les-
re absolument pas.

es maladies nerveuses, les causes du
nombreuses et, partant, peu positives ;
té le traumatisme obstétrical, la con-
ectiforme résultant de l'asphyxie à la
orieux, les anomalies congénitales du
au et en particulier la porencéphalie,
ré, la consanguinité et l'hérédité ner-
mond' qui nous paraît résumer tout ce
et, nous dispense de discuter la valeur
toute, sont loin de laisser une notion
ent de cette affection.

étiologie, nous citerons encore rapide-
n attribue à la forme observée chez
e dans un grand nombre de maladies
us ou moins banales et dont la valeur

est discutable; ainsi l'action prolongée du froid hum
excès vénériens et intellectuels, le traumatisme (O.
Leyden), l'intoxication saturnine (Betous), les maladi
tieuses aiguës (Leyden), la syphilis, l'intoxication par
alimentaire du *lathyrus cicera*, plante de la famille d
mineuses (lathyrisme médullaire spasmodique de E
Proust, Bouchard, Cantani de Naples).

Nous ne trouvons dans l'histoire de notre malade au
ces causes et surtout pas d'hérédité, ni d'accidents au
de la naissance, en un mot nous n'avons rien qui puis
éclairer sur le développement de ce cas particulier.

Historique. Nous voulons maintenant donner un
aperçu de l'histoire du tabes spasmodique et voir si la
des observations qui ont été publiées sous ce nom doiv
acceptées sans réserve.

Déjà en 1856 Türck, dans un travail « sur la dégéné
isolée des cordons latéraux indépendante d'une affect
mitive du cerveau et de la moelle, » met en relief la diffi
distinguer la symptomatologie d'une lésion systémati
cordons latéraux d'avec celle que l'on rencontre dans
affections de la moelle.

Charcot fait connaître ensuite cette affection sous le
*sclérose symétrique et primitive des faisceaux latérau
moelle;* mais elle ne fut bien séparée des autres myél
et caractérisée d'une façon un peu nette avec la sympto
gie que nous lui connaissons que depuis 1875 d'ab
Erb sous le nom de *paralysie spinale spatique*, dans
nal de Berlin, puis de nouveau par Charcot dans une le
nique à la Salpêtrière sous le nom de *tabes dorsal spas
comme nous l'avons dit plus haut. Après Türck et ava
on trouve un travail de Seguin (1873) sur une variété
doparaplégie tétaniforme se rapportant au syndrôme d'

L'hésitation ne devait pas cesser avec les travaux d
de Charcot; aujourd'hui encore on ne peut pas dire
tabes dorsal spasmodique constitue une entité morbide s
Il faut attendre de nouveaux faits et surtout des notio
cises d'anatomie pathologique. Malheureusement p
science les autopsies n'abondent pas; et une partie d
qui ont été pratiquées sur des sujets déclarés atteints d
spasmodique n'ont pas répondu à l'idée qu'on s'était fai
lésion du vivant de l'individu.

ɜt pas si commune; Erb en a décrit
ɹrcot fait remarquer qu'il n'en a que
ɹdis qu'il peut présenter facilement
uis 1875 les observations se sont
este encore bien limité, surtout si
ont la description ne peut éveiller
se trouve rarement réalisée, comme
ɹns les différentes observations que

ı'on croyait n'atteindre que les adul-
: prédominance pour le sexe mascu-
: l'enfant et actuellement on en peut
ıombre de cas. Cinq observations de
deux de D'Espine et Picot, cinq de
ɹmpell, de Hadden, de Ross, et les
Heilly (Paris 1885) qui a repris com-
ontrent que le tabes spasmodique
.ine place dans le cadre nosologique
Les auteurs que nous venons de citer
ttre que les cas de paralysies ou de
ɔubliés antérieurement par Heine,
von Hernes, doivent être considérés
emblablement au tabes spasmodique.
pasmodique véritable ? c'est ce que
ner comme nous le verrons plus loin.
.rticle du *Dict. encycl. des sc. méd.*
assez nette cette manière de voir. Il
ains de ces cas, les manifestations de
ɛnt en rapport avec une dégénéres-
eaux pyramidaux, consécutive à une
ɹcéphale, produite par des manœu-
ɔorté sur l'extrémité céphalique de
:roscopiques qui ont pu être faits,
Dans d'autres cas, il s'agissait d'ano-
eloppement du cerveau, entraînant
ɔppement des faisceaux pyramidaux.
ɪs son dernier traité des maladies du
e quatre des cas de Seeligmüller ob-
la même famille doivent plutôt appar-
amyotrophique qui se distingue cli-
odique par l'atrophie musculaire et
ion des cordons latéraux et en même

temps des cornes antérieures. Pour les autres cas, on est en
dans le doute et on y restera tant que des autopsies nouv
ne viendront pas établir ce qu'il y a de vrai dans le rapport
existe entre les symptômes et la lésion anatomique, toute la
ficulté résidant dans l'impossibilité où nous sommes en
actuellement de distinguer pendant la vie ce qu'il y a de pr
tif ou de secondaire dans la lésion des cordons latéraux.

Næf dans une thèse publiée à Zurich en 1885 sur le t
spasmodique chez l'enfant donne un historique assez com
de la question ; nous lui empruntons les différents faits qui
suivre et qui sont le résumé de ses recherches dans la litt
ture.

Si l'on se reporte à une époque même assez reculée, il
rait étonnant qu'un ensemble de symptômes, se rapporta
la paralysie spinale spastique, ait été observé beaucoup plu
chez l'enfant que chez l'adulte et il est à remarquer qu
n'étaient pas des spécialistes en maladies d'enfants ou en m
dies nerveuses qui ont écrit là-dessus les premières observat
mais des chirurgiens ou plutôt des orthopédistes.

En 1744 déjà Audry parle d'un moyen de remédier à la
tracture des extrémités inférieures qui se manifeste dit-il
l'empêchement qu'a le malade de poser le talon sur le sol.

Après lui Delpech en 1830 cite le cas d'une petite fil
cinq ans qui huit jours après sa naissance avait été atteint
convulsions et qui présentait au moment où il l'observait
microcéphalie manifeste avec idiotie et des symptômes spa
diques dans tous les muscles du tronc et des membres. Il
déjà observer que l'enfant ne touche le sol qu'avec la point
pied qui est agité, pendant la marche d'une trépidation ra
et incoordonnée. Delpech croit qu'il s'agit ici d'une anomal
développement du cerveau et consécutivement d'une mal
peut-être d'un ramolissement de la moelle.

Heine en 1840 décrit trois cas de paralysie infantile ;
trace dans un de ces cas l'image tout à fait typique de la
tion des jambes de la paralysie spasmodique. Dans la deux
édition de sa monographie, il fait ressortir que la tempér
des membres paralysés est abaissée dans la paralysie sp
habituelle, tandis que ce n'est pas le cas dans la paralysie
nale et cérébrale spasmodique.

La première description un peu détaillée de la maladie
de Little (Londres 1853). Ruprecht fait remarquer qu'il s
convenable de l'appeler *maladie de Little*.

Il démontre que l'accouchement prématuré, l
ɔorieux et les traumatismes mécaniques de l
e ont pour conséquence d'abord des convulsio
plus tard une rigidité spasmodique des mem
ans un ouvrage qui parut en 1862, il dit que d
ıgt ans il a observé dans sa clientèle orthop
ux cents cas de rigidité spasmodique comme c
uses ci-dessus mentionnées.
Il attribue la rigidité spasmodique et aussi sou
re paralytique à la congestion capillaire par
tant que celle-ci n'amène pas directement la
Il donne ensuite une description détaillée des
paralysie spasmodique, description que l'on doit
hui considérer comme exemplaire.
Sur soixante-trois cas cités par Little, il y en
i semblent appartenir à cette affection ; seule
ile de dire ce qui appartient à la paralysie pu
à la paralysie cérébro-spinale.
Strohmeier fut le premier en Allemagne qui ren
servations de Little (1864).
Dans un de ses ouvrages, il décrit l'état de
trémités inférieures, l'adduction forcée des d
t telle qu'on a de la peine à séparer les genou
ɜ. Dans les cas qu'il a observés, cette contractu
membres supérieurs et il y a toujours chez l'e
ment du niveau de l'intelligence et quelquef
roubles dans les muscles de la face, écouleme
salive, troubles de la parole). Il dit qu'il ol
ande facilité dans la production des mouvemer
mie du tendon d'Achille et par la flexion de l'
ınou.
A peu près en même temps que Strohmeier, u
en, Busch, attirait l'attention sur une autre for
contracture spasmodique : il la distinguait de
paralysie et s'appuyait sur ce fait que l'on
ne trace de paralysie, mais une sensibilité
centuée qu'à l'état normal.
Adams dit qu'à la suite des convulsions, il rest
ı état de rigidité des muscles. D'après lui l
asmodiques ne se rencontreraient pas de suit
nce, mais seulement entre le sixième et le huit

Depuis 1864 l'étude de ces paralysies et c
modiques est restée sans faire de progrès et pı
l'oubli.

Hueter et Volkmann d'un autre côté cherc
une étude sérieuse la nature spasmodique de
de contracture signalés chez les enfants.

Bientôt les neurologues (Erb, Charcot) s'em
nées fournies par les chirurgiens, ils étudièren
autre point de vue, et leurs premières observa
tives à des adultes.

Seeligmüller divise les cas de paralysie spi
en trois groupes :

1. Paralysie spinale spastique simple sans
dans la nutrition des muscles.

2. Paralysie spinale amyotrophique avec a
cles.

3. Paralysie spinale hypertrophique avec
muscles.

Dans le travail de Naef cité plus haut qui ré
partie de nos connaissances sur la question en
sée qui nous occupe, nous trouvons la descrip
cas observés à l'hôpital de Zurich et que nou
rer à celui que nous avons rapporté au comm
étude. Nous pensons qu'il sera peut-être utile
naissance de nos lecteurs le résumé de ces
tions qui pourront donner dans la suite un é
la nature du sujet.

La division que Naef a adoptée ne nous p
rente.

Dans un premier groupe il réunit tous les c
voir considérer comme paralysie spasmodiq
nale ; dans le second nous trouvons quarante-
sie spinale spasmodique avec complicatio
cérébraux ; dans le troisième groupe, trois ca
fections complexes de la moelle qui se présent
sous l'apparence de la paralysie spinale spast

Nous ne résumerons que les observations
Naef, et seulement celles qu'il fait rentrer
groupe.

Obs. I. — Enfant de quatre ans et demi. Parents

ns de parenté au quatrième degré ; la malade
lans de mauvaises conditions ; elle ne com-
e de 4 ans en se faisant soutenir. Intelligence
les bras et dans les jambes après un peu de

n, l'enfant est bien développée ; elle est très
u-dessous de la moyenne pour l'intelligence.
ıralysie dans le domaine du facial. Strabisme
quer que la langue est presque constamment
ıche ; la luette est dirigée à gauche.
les muscles du mollet sont plus volumineux
arque un fort développement et de la rigidité
ion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur
rquablement étendu, de façon à porter la pointe
alon, position qui s'exagère lorsqu'on cherche
eur ; le tendon d'Achille est alors fortement

ı debout sont caractéristiques : Si la malade
d aussitôt l'équilibre ; elle marche sur la pointe
er degré de flexion de la jambe et de la cuisse

douleurs, si l'on veut étendre de force les

a douleur, à la température est normale.
nférieures est très sensible au courant galva-
faradique, qui occasionne de fortes douleurs
siste quelque temps après la cessation du cou-

xes est manifeste.
de contracture, mais ils se fatiguent vite et
ırants galvanique et faradique produisent une
de l'extenseur des doigts, ce qu'on ne remar-

fait suivre à la malade parmi lesquels nous
lu tendon d'Achille, ne paraissent pas avoir
tisfaisants. Il semble que la marche et la sta-
améliorées.

de 5 ans. Antécédents nerveux dans la famille
parenté au deuxième degré. Début de la maladie
lements dans les extrémités inférieures. Six
corps se fléchit en avant ; les pieds sont pro-
ıt le sol qu'avec la pointe. Le malade ne peut
marche les pieds sont en varus équin ; les jam-
; les genoux en hyperextension.

Les articulations de la hanche légèrement fléchies.

Douleurs continuelles dans le genou droit, d'où la difficul ter l'étendue des mouvements actifs.

Sensibilité normale. Intellect bon.

Rien aux bras, à la face et aux yeux.

L'enfant mourut en 188¼, huit ans après cet examen ; il frère qui est âgé actuellement de 8 à 9 ans et qui a aussi de se tenir seul sur ses pieds.

Obs. III. — Père et mère bien portants.

Le malade âgé de 3 ½ ans a eu cinq frères et sœurs do morts, les deux qui restent sont en bonne santé.

L'enfant a commencé à marcher à 2 ans, et la maladie d ment 6 mois plus tard par de la fièvre pendant la nuit. Le i impossibilité de mouvoir la jambe gauche. Pendant quelque t ments et diarrhee. Amélioration de la jambe gauche au bo mais la jambe droite se prend à ce moment-là. La marche toujours plus difficile, et bientôt impossible. Traitements div tat. L'enfant est mis en observation à l'âge de 3 ½ ans. Pas Développement corporel et intellectuel normal. Rien du c si ce n'est que la pupille gauche est plus petite que la droite sure labiale gauche semble plus abaissée que la droite ; le labial est un peu plus effacé à gauche qu'à droite. L'urine quemment ; mais cela paraît être le fait d'une mauvaise é d'atrophie.

Le malade ne peut ni se dresser sur ses pieds ni se tenir le maintient en équilibre on voit que les pieds ne reposent par la pointe. Après quelques minutes, on voit apparaître ments dans les jambes qui se redressent bientôt peu à peu, toute la plante du pied repose sur le sol.

Si l'on fait marcher le malade en le soutenant. on remarq fortement le tronc en avant, élève les jambes beaucoup plus faut et les porte lentement en avant.

Les muscles deviennent rigides quand l'enfant fait des volontaires ; la contracture des adducteurs est plus marquée pression sur la plante du pied, la percussion du tendon d'. quent çà et là dans la jambe un fort tremblement qui dure secondes à gauche et une tout au plus à droite.

Le réflexe du genou est surtout exagéré à gauche. Sensib

Obs. IV. — Père et mère bien portants, pas d'antécédents de liens de parenté.

La malade âgée de 2 ½ ans, est née à 7 mois dans un éta on dut faire l'accouchement prématuré, et l'application d l'étroitesse du bassin de la mère.

ıir debout à 7 mois ; mais déjà depuis la
out en baignant la malade qu'il était difficile
e de l'autre. Depuis que l'enfant peut parler,
ı partie interne des cuisses. La demarche
démarche spastique. Sensibilité normale. Le
; on n'observe pas le phénomène du pied.
:s. Il est à remarquer que l'enfant se glisse à
qui on a sectionné la moelle, ce phénomène
e paralysie des extrémités inférieures, car
les mouvements sont possibles, quoiqu'ils

'une année à celui de Naef a été publié
la *Revue des maladies de l'enfance*,
'ons trois cas que nous voulons aussi
s pour montrer que plusieurs observa-
ıartenant au tabes spasmodique s'éloi-
pe clinique de cette maladie.

ans qui ne peut se tenir debout qu'avec un
e fait remonter le début de la maladie à
que une très forte adduction des membres
ıtrecroisement des pieds, de la contracture
les muscles abdominaux ; cette contracture
lle reparaît dès qu'on touche le malade, ou
pieds sont en varus équin. La trépidation
'on relève un peu fortement la plante du
ıoser le pied sur le sol. Sensibilité normale.
disposition vicieuse et asymetrique du crâne.
a eu ici *grossesse gémellaire* et que le frère
après sa naissance par suite *d'un arrêt de*

' ans qui a eu des *convulsions* à plusieurs
naines jusqu'à 17 mois.
qu'on s'est aperçu de raideur dans les jam-
ontracture des adducteurs.
ıarler qu'à 4 ans ; elle se présente actuelle-
des extrémités inférieures, les pieds sont
ıs la rotation en dedans, surtout à droite.
, cuisse présente une certaine difficulté. Les
ınstate le phénomène du pied.
'nir debout sans point d'appui ; elle peut se
a droite cède sous le poids du corps. On

remarque du sautillement dans la marche. La sensibilité est nor
Pas d'atrophie. Rien aux bras.

Il se fait une amélioration après quelque temps ; disparition du pl
mène du pied et de la forte contracture des adducteurs.

La plus intéressante de ces observations de d'Heilly est
tainement la troisième, aussi la donnerons-nous avec un
plus de détails.

Obs. III. — Enfant de 7 ans. Début de la marche à 15 mois ju
2 ans ; à cette époque fortes convulsions qui durent un jour (cris
nuels) A la suite de ces convulsions, paralysie des quatre membr
impossibilité de la marche. La malade cesse de parler pendant un
elle éprouve de la difficulté à avaler les boissons. Peu à peu les m
ments reviennent dans les membres supérieurs. La malade recomm
à dire quelques mots ; mais ce ne sont que des mots isolés, sans
aucune ; l'intelligence reste obtuse.

La contracture n'aurait commencé qu'à l'âge de 5 ans.

Pas d'antécédents nerveux dans la famille.

Au moment de l'examen on constate une forte adduction et de la
tracture des membres inférieurs, de la flexion des jambes sur les c
et des cuisses sur le bassin, de l'extension forcée et un peu d'addu
des pieds. Les orteils sont fléchis, et la jambe a de la difficulté à
étendue. L'articulation coxo-fémorale paraît être ankylosée ; le f
suit les mouvements imprimés à la cuisse. Les mouvements volon
des cuisses sont impossibles dans quelle position que ce soit ; la m
est impossible ; la malade ne peut se tenir debout.

Les reflexes sont exagérés, le phénomène du pied assez marqué.

On remarque une grande faiblesse dans les membres supérieurs
mouvements sont libres et assez précis, mais lents.

La *sensibilité* est très émoussée dans les membres inférieurs.
plus que du retard dans la perception ; l'enfant ne se plaint pas des
piqûres qu'on lui fait, mais après quelques secondes, il retire lent
la jambe. La sensibilité existe ailleurs, mais elle est un peu obtuse.

La peau est très épaissie aux membres inférieurs ; il ne paraît
avoir d'atrophie.

Masque sans expression ; intelligence fort peu développée.

Si nous comparons ces diverses observations à la nôtre,
remarquons qu'elles se touchent de très près en plus
point. Dans notre cas le syndrôme clinique que Charcot a
bué à la sclérose latérale primitive des cordons latéra
retrouve aussi simple et aussi caractéristique qu'il peut l'
Dans l'histoire de notre malade, rien qui puisse faire mett

ez lui l'existence de cette affection; rien d'étranger
ifestations cliniques du tabes spasmodique; nous
nous trouver parfaitement dans les conditions que
ndiquait quand il disait : « Dans le tabes spasmodique
bien moins les symptômes en eux-mêmes qu'il faudra
r que leur mode de répartition et d'évolution; *leur*
surtout d'où résulte la monotonie du tableau clinique
lier à la maladie, devra être envisagé aussi *comme un*
e premier ordre; car on peut dire qu'à moins de com-
fortuite toute affection spinale dans laquelle des trou-
ı sensibilité ou de l'intelligence, des désordres fonc-
le la vessie ou du rectum, des paralysies des muscles
oculaires, des lésions musculaires trophiques, etc. se
associés à de la contracture, n'est pas le tabes. »
t particulier qui nous a frappé chez notre malade et
n'avons retrouvé dans aucune observation, c'est la

ıe nous constations dans notre cas toutes les allures
ıarche spastique, nous voyons que notre patient peut
ebout et marcher seul sans qu'il soit besoin de le sou-
ucune façon et sans qu'il cherche lui-même à se tenir
ıles qui l'entourent, tandis que nous avons toujours
fait mentionné par les auteurs que les enfants ont
de peine à se maintenir dans la station debout, et
est impossible de faire seuls quelques pas en avant.
bilité de la marche ne nous paraît donc pas devoir
dérée chez l'enfant comme incompatible avec la dé-
ıastique.
tonnant de voir en parcourant la littérature, le nom-
dérable des cas qui ont été publiés sous le nom de
ımodique; et en fait, ce nombre est bien vite restreint
.die toutes les différentes descriptions un peu atten-
et sans s'attacher exclusivement aux symptômes de la
spinale spasmodique.
pas rare en effet de trouver d'autres symptômes sur
ıs auteurs insistent peu, tels que troubles de la sensi-
ophies ou hypertrophies musculaires, paralysies des
ıoteurs oculaires (strabisme convergent), affections des
aires que l'on rattache aisément soit à l'âge de l'en-
à une mauvaise éducation; convulsions, vice de déve-
t du cerveau, conformations particulières du crâne;

idiotie ou tout au moins intelligence peu d
de la parole, etc., etc.

C'est ainsi que dans la première obser
trouvons du strabisme convergent, une dé
et de la luette, de la faiblesse dans les mem
hypertrophie des muscles de la cuisse et du
gération des phénomènes provoqués par les
et faradique. Tous ces faits ne doivent pa
rentrer dans le tableau de la paralysie *pur*

Dans la seconde observation, nous const
troubles de la sensibilité (douleurs très
dans le genou droit).

Dans la troisième, la maladie a eu un dé
troubles pupillaires; troubles dans le dom
bles urinaires (incontinence); prédominan
gauche; ce sont là tout autant de symptôn
nent pas au tabes spasmodique.

Quant à la quatrième observation, il est
les circonstances dans lesquelles l'enfant
qu'il s'agit plutôt d'une affection cérébr
ment prématuré, applications réitérées de

Tous les cas du reste dans lesquels le dé
et dans lesquels en même temps il est que
obstétricales, doivent appartenir selon tou
l'affection purement spinale, mais à l'affec
car il est prouvé par des autopsies que le
la paralysie spastique peuvent exister sans
symptômes relevant du système nerveux cé
lésions existent dans cette partie-là, et so
passent inaperçus auraient pu mettre sur la
précis.

Cette manière de voir semble du reste i
comprend pas pourquoi on a cherché à clas
de la paralysie spinale le traumatisme obs
cause elle-même agit directement sur le sy
bral; dans ces conditions l'esprit conçoit
lésion primitive du cerveau s'étendant s
moelle, et, dans la maladie qui nous occup
ment les faisceaux pyramidaux et les cord

Nous admettrons donc, chaque fois q
atteint de tabes spasmodique il y aura eu

uré et par conséquent des manœuvres plus ou m
.bles à la substance cérébrale, nous admettrons
affection primitive des cordons latéraux, comme
résenter dans l'affection d'Erb et de Charcot,
n secondaire à une lésion de l'encéphale.
'autre part les convulsions que l'on a observées
t et que nous trouvons mentionnées dans plus
ation, doivent-elles rentrer dans la description
modique ?
videmment non; car il est permis de croire qu
art des cas elles ont un point de départ cérébral.
ous croyons en trouver un exemple manifeste da
e observation de d'Heilly que nous avons résum
haut. Cette paralysie des quatre membres qui
fortes convulsions, cette aphasie et cette obnub
elligence, cette difficulté de déglutition des liq
bles de la sensibilité permettent bien de mettre
affection primitive des cordons latéraux et de l
n primitive dans la partie supérieure du systèm
ral.
ous avons la conviction que des autopsies ne tard
nfirmer ces vues.
n a voulu entrer trop rapidement dans ce nouve
ude et on a trop généralisé les idées émises pa
rs observateurs, car pour peu qu'un enfant pr
ptômes du tabes spasmodique on s'empresse de
s le cadre de cette affection, qu'on peut encor
saute, pour en agrandir le cercle.
'est ainsi que « dans une observation publiée en F
ineau sous le titre de tabes spasmodique, la mal
é par cette variété de délire qu'on observe dans la
érale des aliénés. Et cette observation a été donn
des plus démonstratives en ce qui concerne l'inc
abes spasmodique et ses relations avec la sclérose
cordons latéraux ! » (Raymond).
ous dirons donc comme Raymond qu'un examen
rigoureux des faits amène à conclure que la symp
du tabes spasmodique, telle qu'elle a été fixée p
tions d'Erb et Charcot, se rapporte à un syndr
n'est presque jamais rigoureusement réalisé.
'est pourquoi nous avons tenu à publier notre ol

dans laquelle il n'est fait mention d'aucun syr
à la description demandée; toute l'affection se
ment à la triade obligatoire qu'un examen mir
parvenu à modifier.

En terminant, nous remercions M. le prof. l
avoir autorisé à publier cette observation d'un
et d'avoir facilité notre travail en nous aidan
men aussi rigoureux que possible.

Sur une fonction dite psychique de la

Communication faite à la Société médicale de Genève dans sa

Par le Dr H. Girard.

Messieurs,

Une récente communication de M. le prof. *Ta*
m'engage à attirer pour un instant votre atten
nomènes de sensibilité que l'on a groupés sous
aujourd'hui encore controversée de *sens muscu*

M. Talma a fait l'expérience suivante : Après
la sensibilité dans l'extrémité postérieure d'une
section des quatre racines postérieures du plexu
côté, en évitant soigneusement toute lésion des
il a confirmé avant tout, ce que chacun savait,
privée de sentiment exécute des mouvements p
mais plus souvent manquant d'énergie, de
d'étendue, en un mot moins bien coordonné
membre sain correspondant. Puis considérant
réguliers bien connus de certains animaux déc
grenouilles, etc., il s'est appliqué à détermine
la sensibilité sur les mouvements accomplis
séparée des centres supérieurs. Se servant
grenouilles préparées comme je viens de le di
ensuite isolé la moelle par des sections portant
(en avant) de la moelle allongée, tantôt à la lim
allongée et de la moelle cervicale, il a consta

[1] *Pflüger's Archiv*, Bd XXXVII, p. 617 et suiv

es mouvements de l'extrémité insensible
s ou moins faibles et mal coordonnés.
le professeur d'Utrecht tire les deux con-

fournis par la moelle séparée du cerveau
quement de l'intensité de l'excitation pri-
.té des appareils moteurs. L'irrégularité
. jambe de grenouille privée de ses nerfs
outre de la manière la plus évidente qu'il
z l'homme une *ataxie spinale sensible* (en
cérébrale et à l'ataxie spinale centrale),
nerfs sensitifs qui de la périphérie se ren-
épendamment de tout état pathologique

n complète des mouvements accomplis est
a non de leur harmonie ; pour qu'une par-
cevoir des impulsions motrices énergiques
l faut que le système nerveux central ait
e l'existence de cette partie et de ses rap-
extérieur, il faut que la sensibilité y soit
ı des nerfs sensitifs a pour conséquence
.té et la faiblesse des mouvements. La
vements résulte donc d'une activité très
les nerveuses ; c'est là, selon M. Talma,
ue à laquelle préside habituellement le
nme son expérience semble le démontrer,
i par la moelle seule.
: sans réserve la première de ces conclu-
onde, elle soulève une question qui n'est
lonné lieu à de nombreuses et intéressan-
is chercher à l'analyser :
Claude Bernard ont déjà constaté les
nents qui suivent la perte partielle de la

le la section des racines postérieures en-
: augmentation de l'excitabilité des raci-
lenhain l'a vue plutôt un peu diminuée
le cette altération n'est que momentanée,
l'irritation provoquée par l'opération, et
out d'un temps très court, l'animal tout
is un peu plus excitable.

Pflüger, Auerbach, se basant sur des exp classiques, ont voulu établir l'existence d'un *se* moelle.

Quant à l'expérience de M. Talma, je l'ai laboratoire de M. le prof. Schiff, auquel je tér ma reconnaissance, et j'ai pu confirmer pleinen des faits énoncés. Vous vous en convaincrez d'a vant les trois grenouilles que je vous présente j'ai pratiqué la section des racines postérieures baires à gauche.

Chez la grenouille A, le système nerveux cen dans son intégrité ; la grenouille B a été décap ment en arrière du cervelet ; la grenouille C a médullaire à la limite du bulbe et de la moell hauteur du nerf hypoglosse.

La grenouille A saute et nage souvent comr mais il arrive parfois que l'extrémité insensit faiblement et avec moins de régularité que l'e pondante; en outre, la jambe gauche conserve, la corriger, toute position anormale dans laqu La grenouille B, suspendue, exécute les mou bate connus, mais on remarque que l'extrémit prend part que faiblement ; les mouvements l'animal lorsqu'on pique légèrement un point peau ou lorsqu'on le touche avec une goutte d' dilué, sont également plus énergiques à droi La grenouille C enfin, couchée sur le dos, fo ques mouvements bien coordonnés de la jar éloigner l'acide porté sur la peau de l'abdome gauche ne réussit qu'à s'étendre convulsiveme écartées.

En observant ces grenouilles, on ne tarde p cre que l'abolition de la sensibilité a sur les flexes de la moelle séparée des centres sup influence que sur les mouvements exécutés par veux central intact ; que les mouvements de l' du sentiment sont chez l'animal décapité comı entier, moins bien coordonnés et plus faibl extrémités sensibles.

Il est incontestable que nous sentons, que tir nos mouvements *voulus*. *Bichat* et *Charles*

la sensibilité musculaire. *Longet*, qui plaçait dans les faisceaux postérieurs de la moelle le siège central de la sensibilité, avai déjà constaté « le trouble considérable qu'occasionne, dans les fonctions locomotrices, une lésion profonde des faisceaux médullaires postérieurs » et il en concluait que « la condition première de l'harmonie dans les mouvements se trouve dans la sensation même de leur accomplissement[1]. » Après Longet, *Claude Bernard, Leyden, Weber* ont également admis un *sens musculaire,* une sensibilité spéciale qui aurait son siège dans le tissu musculaire et dont l'altération cause inévitablement des désordres dans les mouvements qu'il accomplit.

Carl Sachs a provoqué des mouvements réflexes par l'excitation du muscle couturier de la grenouille, isolé de telle façon qu'il ne fut plus en rapport avec le reste du corps que par l'intermédiaire du nerf qui l'anime, et a établi ainsi que le muscle reçoit des nerfs sensitifs (ou du moins centripètes). Ayant en outre produit la dégénération wallérienne des nerfs moteurs des extrémités postérieures chez la grenouille, cet auteur a trouvé dans le muscle couturier deux fibres munies de myéline, demeurées intactes, et décrit les extrémités terminales de ces nerfs sensitifs qui n'arrivent pas, comme les filets moteurs, jusqu'à l'intérieur du faisceau musculaire primitif, mais qui consisteraient en fibrilles très fines formant un réseau délicat situé en dehors du sarcolemme, à la surface externe duquel elles ramperaient en décrivant des spires comme fait le lierre autour d'un tronc d'arbre et s'anastomosant en mailles à peine accusées. Pour Sachs le sens musculaire résulte de la pression mécanique que la fibre primitive, au moment de sa contraction, exerce sur le réseau nerveux qui l'enveloppe.

Les expériences de Sachs ont été reproduites par *François Franck.*

Mais *Schiff*, qui s'est adressé aussi à la méthode wallérienne et, après la section des racines antérieures de la moelle lombaire, a trouvé au bout d'un certain temps *tous* les nerfs intramusculaires des membres postérieurs en voie de dégénération, a conclu de cette observation, ainsi que des excitations électriques qu'il a pratiquées sur le nerf isolé, que le tissu musculaire ne reçoit pas de nerfs sensitifs. Il croit que la notion des mouvements exécutés nous est fournie par les nerfs qui émanent de la peau, des tendons et des parties molles périarticulaires.

[1] Longet Anatomie et physiologie du système nerveux, 1842, I, p. 326

Quels que soient d'ailleurs les organes périphéri
dit musculaire, auquel nous pourrions plutôt donne
le nom de *sens des mouvements*, il est bien éviden
centres.

Tous les physiologistes s'accordent à reconnaître
de sensations subjectives de contractions musculai
mettre que nos mouvements intentionnels tout au
régis par des centres cérébraux.

J. Müller, Berstein, Ludwig pensent que le sens
est la faculté d'apprécier exactement l'intensité de
qui doit partir de l'encéphale pour aller provoquer
ment voulu.

Bernhardt[1] admet que cette sensibilité spécia
indique le degré de force que nous employons pou
d'un obstacle, ce *sens de force* (Kraftsinn), selon
de Weber, est une *fonction psychique*.

Mais les mouvements ne sont pas tous *voulus*, pa
ne sont à proprement parler *spontanés*. Le principe
tal de la physiologie des nerfs est que le système
possède pas de spontanéité, c'est-à-dire qu'il ne
même et par soi-même créer aucune excitation, et
vements ne se produisent que sous l'influence d'ex
venant du monde extérieur. Ces excitations sensibl
ques ou ne le sont pas ; dans le premier cas, la réac
suit immédiatement la perception ou cette perceptio
après avoir été pour un certain temps emmagasi
cerveau, conservée par la mémoire ; lorsqu'il n'y a
ception, le mouvement affecte un caractère purem

Nous devons admettre que les mouvements réflex
vent dus à des excitants qui n'arrivent pas à la con
ne sont véritablement pas *sentis*, comme, par exem
intestinaux. La muqueuse utérine, les ovaires, les
Fallope, les poumons, le cœur, le péritoine, les
sens peuvent être le point de départ d'actes pureme
convulsions, toux, vomissements, salivation, etc.,
certainement pas intentionnels.

Le mécanisme des actes réflexes, innés ou acquis,
chez l'animal physiologique, plusieurs de ces appar

[1] Bernhardt. Zur Lehre vom Muskelsinn. *Archiv für Psychiatrie*. 1872.

fonctionner encore lorsque leur communication avec les centres cérébraux a été artificiellement interrompue; nous avons créé ainsi une individualité distincte, mais les mouvements de défense de la grenouille décapitée et tous les arguments de Pflüger et de Auerbach ne parviennent pas à nous convaincre que cet individu nouveau ait des sensations conscientes et une volonté.

Quant à la sensibilité. qui est la cause première de nos mouvements et qui préside à tous les actes de la vie, nous devons reconnaître qu'elle n'est pas consciente sous toutes ses formes; l'étude de ses manifestations variées nous révèle ses modalités diverses, et bien que, au point de vue purement psychologique, il soit difficile d'admettre chez l'homme et chez les animaux supérieurs une sensibilité autre que la sensibilité consciente, l'ensemble des faits impose à notre esprit l'existence d'une *subsensibilité,* s'il est permis de s'exprimer ainsi, absolument inconsciente et ayant quelque analogie avec l'impressionnabilité vague du protoplasma de l'amibe.

Cette sensibilité rudimentaire qui n'a rien de *psychique*, règle les mouvements ne résultant pas habituellement d'actes volitifs, la respiration, par exemple, et probablement aussi une foule d'autres mouvements qui primitivement volontaires, ont acquis par l'usage la propriété de pouvoir devenir des actes réflexes proprement dits, également absolument inconscients.

Dans mon enfance, j'ai dû apprendre à marcher, mais j'ai l'intime conviction qu'aujourd'hui, quand je traverse la Plaine de Plainpalais plongé dans les profondeurs du *Journal de Genève*, chaque pas que je fais n'est pas un acte conscient. La femme qui tricote, espèce bientôt disparue, le scieur de long, le jeune batelier qui frappe l'eau de ses avirons en songeant à sa bien-aimée, exécutent-ils des mouvements régis par une fonction psychique? Je ne le pense pas.

Et je ne crois pas non plus qu'une fonction psychique coordonne les mouvements réflexes d'une grenouille décapitée, dans lesquels je découvre tout au plus, avec *Lotze*, « les effets consécutifs de l'intelligence qui les a produits primitivement. »

Mais que conclure de l'ataxie spinale, des nombreuses altérations pathologiques de la sensibilité périphérique qui s'accompagnent fatalement de désordres dans les mouvements, et enfin de l'expérience de M. Talma?

Nous osons peut-être en inférer que l'impulsion motrice ne

peut se propager avec une énergie normale que sur
qui y *répond* par sa sensibilité. Mais c'est là une hyp

Quoiqu'il en soit, nous savons, et nous devons nous
de cette donnée provisoire, qu'il y a entre la sensib
mouvements des rapports réciproques qui échappen
analyse et qui peuvent s'établir sans le concours de
cérébraux.

En 1858, Schiff, mon vénéré maître, critiquant l'i
tion que Pflüger et Auerbach donnaient de leurs ex
qui bien mieux que celles de M. Talma semblent
faveur d'une conscience dans la moelle, écrivait les
vantes : « On ne tire raisonnablement de ces faits qu
conclusion, c'est que le mouvement réflexe devient a
que aux éléments excitants qui le produisent vient s'
sensation que fait naître le changement de position,
qui n'est d'ailleurs pas nécessairement localisée dan
cience. Des causes différentes produisent des effets dif

Nous n'en savons pas davantage aujourd'hui, et il
ble que dans trente ans nous n'aurons pas d'autre
donner à cette intéressante, mais difficile question.

Le cascara sagrada dans les constipation

Par le Dr Paris.

Ayant très souvent l'occasion de me trouver en pr
malades atteints, soit pour une cause soit pour une
constipation habituelle, et frappé souvent du peu de
obtenus par les moyens fournis par la thérapeutique,
mandais ce qu'il y aurait de mieux à faire, lorsque
cles [2] parus dans la *Semaine médicale* attirèrent tout
rement mon attention.

Il s'agissait du *Cascara sagrada*, écorce sacrée pr
Rhamnus purshiana contenant des matières résineu
par le Prof. Prescott de Michigan, et paraissant des
l'acide chrysophanique dont dérivent les composés
barbe.

[1] J.-M. Schiff, Lehrbuch der Physiologie des Menschen, 1858-59,

[2] *Semaine médicale*, 11 février et 4 mars 1885.

Je ne m'étendrai pas sur les expériences faites, mais d'après les expérimentateurs français l'effet laxatif donne un succès complet.

J'ai employé le médicament d'après la formule de Bundy :

Extrait fluide de cascara sagrada.
Sirop simple.
Eau âa 30 gr.

3 à 4 cuillerées à thé par jour.

Les premiers jours le malade prend la dose ci-dessus indiquée et au fur et à mesure que les selles deviennent régulières, on diminue peu à peu pour ne plus prendre qu'une cuillerée par jour, puis tous les deux, trois, quatre jours jusqu'à abandon complet du médicament.

Sur une quarantaine de malades traités par ce moyen, le résultat a été à peu près sûr et constant.

Dans les cas de dyspepsies chlorotiques avec constipation opiniâtre j'ai vu à mesure que les selles devenaient régulières, l'appétit augmenter, les digestions se faire plus facilement et les forces se relever.

Dans les cas de troubles hépatiques l'effet fut aussi satisfaisant et sûr par le fait bien naturel que par le désencombrement de l'intestin, la régularisation de la digestion, la circulation du foie se trouvait améliorée. Quant à l'observation faite de la régularisation des fonctions menstruelles, je l'ai notée aussi, mais je l'attribue plutôt à l'amélioration produite dans la nutrition par un appétit et une digestion meilleurs, entravés qu'ils étaient par la constipation.

Un seul cas compliqué de cirrhose du foie a été réfractaire et j'ai dû cesser le médicament à cause des coliques violentes.

Les selles sont toujours faciles sans être très diarrhéiques; fréquentes les premiers jours, 3 à 4, peu à peu elles deviennent plus consistantes et moins fréquentes. Aucun malaise, aucune douleur ne suivent l'administration du médicament et la guérison, je le répète, a toujours suivi la cure faite avec l'extrait de cascara sagrada. J'ai même pu dans la suite administrer des préparations ferrugineuses sans adjuvants purgatifs et ne pas constater le retour de la constipation. Chez les jeunes enfants l'effet a été le même à doses plus diluées.

« La constipation, comme le dit le Prof. Grasset, est la cause de bien des maux et un moyen de plus de la combattre n'est pas à dédaigner, » c'est ce qui me fera pardonner la publication

de ces quelques faits recueillis dans une clientèle de campagne où il est souvent si difficile d'observer les cas d'une façon suivie.

Peseux, le 17 juin 1886.

De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans les extractions dentaires,

Par Georges Andina,

Médecin dentiste, assistant des cliniques de l'École dentaire de Genève.

Sous la direction de notre excellent professeur, M. le Dr Redard, nous avons, depuis deux mois, pratiqué environ quarante extractions de dents, en employant pour l'anesthésie locale le chlorhydrate de cocaïne en injection.

Les résultats obtenus nous ont semblé assez remarquables pour nous engager à conseiller ce procédé :

Nous nous servons d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 15 pour cent. L'injection est faite au moyen de la seringue de Pravaz ; la dose moyenne pour obtenir une anesthésie suffisante est de 0gr,50 de solution que nous injectons en deux fois ; la moitié de la dose extérieurement, l'autre moitié intérieurement, en suivant la direction des racines de la dent. Le liquide injecté se trouve à peu près déposé à l'extrémité des racines. Chaque extraction nécessite donc l'emploi d'une dose totale de 0gr,075 de cocaïne.

Pour éviter la douleur causée par l'injection, on badigeonne préalablement la gencive avec la même solution de cocaïne.

Les extractions sont faites en moyenne dix minutes après l'injection.

Nous donnons ci-après quelques observations qui nous ont semblé les plus caractéristiques :

Mlle *B*... 18 *ans*. Extraction d'une grosse molaire inférieure droite atteinte de périostite. Injection de cocaïne, dose totale 0gr,07. Après dix minutes, l'extraction s'est effectuée sans *aucune douleur*.

Mlle *D*... 13 *ans*. Injection de cocaïne, dose totale, 0gr,07. Extraction dix minutes plus tard de la première grosse molaire supérieure droite, atteinte de périostite. La malade n'a ressenti *absolument aucune douleur*, elle n'a fait du reste aucun mouvement de réaction. Quatre jours après, chez la même personne, même injection et extraction d'une canine supérieure gauche (position vicieuse), sans *aucune douleur*.

Mlle *T*... 26 *ans*. Extraction des quatre racines des incisives supérieures. Injection de cocaïne, dose totale, 0gr,07. Après dix minutes, l'opération s'est effectuée avec très peu de douleur ; la malade trouve qu'il n'y a aucune comparaison avec des extractions précédentes sans anesthésie.

Mlle *M*... 26 *ans*. Injection de cocaïne, dose totale, 0gr,08. Extraction de la canine supérieure gauche et des racines des incisives centrales et latérales supérieures. Douleur presque nulle. Immédiatement après, extraction de la canine supérieure droite sans injection. Douleur vive et cris de la malade.

Nous croyons inutile de prolonger cette énumération de cas à peu près identiques, et de tous ces faits nous pouvons conclure :

1° Que la cocaïne est un anesthésique puissant pour les extractions dentaires qu'il rend presque toujours *absolument indolores*.

2° Que la dose moyenne de 0gr,07 ne présente aucun danger; les seuls effets désagréables qui se soient produits sont des nausées avec lourdeur de tête qui cessent presque aussitôt après l'extraction. Ces légers accidents ne sont, du reste, survenus que chez des malades impressionnables (jeunes filles, enfants).

RECUEIL DE FAITS

Un cas de cancer primitif du col de l'utérus traité selon la méthode du Prof. Vulliet. Cicatrisation complète de l'ulcération,

Par A. Wisard,
Assistant du service de Policlinique.

Le 26 avril dernier, M. le Prof. Vulliet avait, outre ses assistants et ses élèves, réuni à la Policlinique quelques médecins afin de leur montrer un cas de cancer utérin traité selon sa méthode et complètement cicatrisé. C'est la quatrième fois depuis un an que M. Vulliet obtient ce résultat. L'une de ces malades a déjà été présentée au mois d'octobre dernier à la *Société médicale de Genève*.

Voici l'observation de celle qui a fait le sujet de la démonstration du 20 avril.

Mme W. Marie née en 1837, mariée en 1862, est accouchée en 1862, 1865, 1869 et 1874. Elle n'a jamais fait de fausse couche.

Il y a trois ans elle fut prise pendant neuf jours d'une hémorragie très abondante qui parut marquer le début de la ménopause, car la malade fut ensuite deux mois sans perdre de sang, puis elle eut ses règles normales. Après un second arrêt de quatre mois elle aperçut une dernière fois des règles de durée et d'aboudance habituelles, puis les écoulements sanguins cessèrent complètement jusqu'au mois de novembre 1885 où commença une hémorragie profuse qui dura six semaines.

En janvier Mme W. commence à perdre des liquides jaunâtr et fétides, elle consulta son médecin qui lui fit, avec le therm cautère, une cautérisation énergique et complète et plus ta l'adressa au Prof. Vulliet. Elle vint le consulter au commen ment de février.

C'est une petite femme maigre, pâle, très anémiée; à l'ex men au spéculum on trouve une ulcération infundibuliforr ayant envahi tout le pourtour de l'orifice externe. Cette ul ration mesure dans son diamètre bilatéral 18 millim. et dans diamètre antéro-postérieur 21 millim., les parois de l'ulc sont anfractueuses et recouvertes de sécrétions sanieuses et tissus désagrégés. De l'ulcération principale part une ulcérati plus superficielle, n'intéressant que la muqueuse, en forme fer à cheval allongé, recouvrant toute la partie médiane de lèvre antérieure et atteignant même par sa convexité la pa vaginale.

M. Vulliet avait déjà observé et signalé sur d'autres malac de semblables ulcérations serpigineuses et superficielles, form des festons à la périphérie d'ulcérations cancéreuses profond Ces extensions, quand même elles siègent sur le côté du col regarde le vagin, échappent souvent à l'examen : à plus fo raison lorsqu'elles se trouvent profondément cachées dans l' térieur de la cavité utérine. Elles ne peuvent être constat qu'une fois l'utérus largement dilaté et lorsqu'une bonne mière éclaire ses parois.

M. Vulliet commença la dilatation par un raclage minutie

Le raclage débarrasse l'entrée de l'utérus des tissus mortif et facilite l'introduction des premiers tampons ; il nous four des particules pour l'examen microscopique et il permet de v comment se comporte la surface raclée, ce qui est très imp tant à observer au point de vue du diagnostic, car la façon d le cancer repullule sur place est tout à fait pathognomoniq

Cinq tamponnements suffirent pour rendre la cavité inte visible jusqu'au fond : Mme W. pendant ce temps allait et ven en ville sans en ressentir le moindre inconvénient.

Quand la cavité fut ouverte, on constata que l'ulcération montait jusqu'à une hauteur de 3 centim. dans l'intérieur l'utérus : ses limites supérieures dépassaient la portion libre col mais la perte de substance était peu profonde.

La malade entra à la Clinique particulière de M. Vulliet fut opérée le 22 février.

Une fois l'anesthésie complète, l'ulcération fut raclée a

avec l'électrolyse, rien de semblable à craindre. La suppuration ne pourrait résulter que de l'absence de propreté des aiguilles.

Dans le cas de tumeurs érectiles, l'emploi du pôle négatif n'offrirait pas tous les inconvénients qu'il peut présenter lorsqu'on traite un anévrisme aortique. Cependant les recherches qui ont été faites sur la coagulation et sur les réactions physico-chimiques de l'organisme vivant au niveau de chacun des deux pôles, doivent ici encore faire donner la préférence au positif comme électrode actif.

La douleur est le principal inconvénient de la méthode. Elle provient, en majeure partie, de l'isolement incomplet des aiguilles au niveau du point où elles traversent le derme. Ce grave inconvénient doit être très diminué par l'emploi des aiguilles de Baij, dont l'enduit protecteur est constitué par une couche mince de verre, et qui, par ce fait, ont aussi l'avantage d'être maintenues plus facilement aseptiques. Je n'ai cependant pas d'expérience personnelle à cet égard, l'occasion ne s'étant pas présentée à moi de les utiliser. Enfin on pourrait user aussi d'un dispositif analogue à celui qu'Onimus emploie pour l'hydrocèle et qu'il a proposé d'appliquer au traitement des anévrismes [1].

Mais, outre l'intérêt qu'il peut y avoir à soutenir de faits nouveaux, une pratique que l'on estime bonne, j'avais une autre raison pour publier l'observation qu'on vient de lire.

J'ai obtenu la disparition de la tumeur érectile de ma petite malade avec un courant infiniment plus faible que ceux que l'on emploie habituellement en pareilles circonstances. Je me suis arrêté à 2 milliampères (galvanomètre de Gaiffe), obtenus au moyen de 4 éléments Leclanché. Pour un instant seulement, je suis monté jusqu'à 6 milliampères, et encore n'est-ce point pendant la séance la plus importante, celle que je considère comme ayant amené la guérison du nævus. Or, ce dernier chiffre est encore très inférieur à celui que donnent les auteurs qui se sont occupés de la question, et qui parlent de 12 à 15 milliampères comme d'un minimum (Bardet, L.-H. Petit). C'est là un fait qu'il m'a paru intéressant de signaler.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE NEUCHATELOISE

Séance du 6 janvier 1886.

Présidence de M. le Dr Reynier, président.

Le Président ouvre la première séance de l'année, en rappelant en quelques mots les principaux faits et gestes de la Société pendant l'année

[1] Onimus, *op. cit.*, p. 301.

1885. La Société compte actuellement 30 membres. Les séances ont toujours été passablement fréquentées, et les travaux ont été nombreux et intéressants.

Après la réception de M. le Dr *Otz*, de Travers, comme membre de la Société, et la liquidation de questions administratives, on passe au renouvellement du comité, qui se trouve composé comme suit : Président : M. *Reynier*. — Vice-Président : M. *Bossart*. — Secrétaire : M. *Henry*. — Caissier : M. *H. de Montmollin*. — Membre-adjoint : M. *G. de Montmollin*.

M. Guillaume donne quelques détails très intéressants sur les travaux de la Section d'anthropologie criminelle au Congrès pénitencier de Rome.

La séance est suivie du banquet annuel, où nous n'avons eu à regretter qu'une chose, c'est l'absence d'un nombre beaucoup trop grand de confrères.

Le secrétaire, Dr E. Henry.

Séance du 3 *février* 1886.

Présidence de M. le Dr Reynier, président.

Le Président annonce la démission de M. *Zürcher*, de Colombier, un des membres fondateurs de la Société médicale neuchâteloise.

M. Godet, second médecin à Préfargier, lit un travail de longue haleine et très intéressant, sur *le morphinisme et la morphinomanie*. — Dans ce travail qui paraîtra probablement dans la Revue médicale, M. Godet, après une introduction sur la pathogénie du morphinisme, considère successivement les symptômes de l'empoisonnement par la morphine, et les symptômes de l'abstinence. Un chapitre assez long est consacré aux symptômes psychiques surtout au point de vue médico-légal. Puis M. Godet indique les moyens de traitement en usage aujourd'hui, et se prononce positivement pour la suppression lente modifiée d'Erlenmeyer. Enfin il relate deux histoires de malades, traités par lui avec plein succès.

M. Reynier cite aussi un cas de morphinomanie, guéri par la suppression lente du poison.

Le secrétaire, Dr E. Henry.

Séance du 3 *mars* 1886.

Présidence de M. le Dr Reynier, président.

La Société consultée sur l'opportunité qu'il y aurait à faire coïncider la réunion des Sections de la Soc. méd. romande avec la fête de la Soc. helvétique des sciences naturelles, dans le courant d'août, se prononce affirmativement.

M. Bossart fait une communication sur *un cas de tétanos traumatique*, qu'il a observé chez un jeune garcon de 9 ans, à la suite d'une plaie du cuir chevelu. Le malade, traité par les bains tempérés et le chloral, à dose moyenne de 6 grammes par jour, guérit au bout d'un mois.

M. Bossart fait suivre son histoire de malade de quelques considérations

sur la pathogénie du tétanos, qui est encore bien obscure, peut-être par le fait que les altérations anatomo-pathologiques font presque toujours défaut dans cette maladie. Sans vouloir nier complètement l'action réflexe dans la production du tétanos, M. Bossart se prononce plutôt pour la théorie du refroidissement des plaies.

M. Burkhardt déclare que l'on trouve assez fréquemment des altérations pathologiques dans les cas de tétanos comme dans les cas de rage. Si l'on n'en trouve pas plus souvent, c'est peut-être la faute des médecins chargés des autopsies, et peu versés dans l'histologie et la pathologie des centres nerveux. Il est certain qu'après bien des lésions traumatiques on peut constater une névrite allant de la périphérie au centre.

M. Burkhardt approuve pleinement le traitement institué par M. Bossart.

M. Dardel croit aussi bien à l'action réflexe, comme cause du tétanos, qu'au refroidissement de la plaie.

M. H. de Montmollin, s'appuyant sur les expériences qu'il a faites sur les champs de bataille en 1866 et 1871, et sur plusieurs cas de sa pratique civile, est partisan de la théorie du refroidissement.

M. Henry et M. Reynier croient plutôt à une action purement réflexe.

M. Nicolas relate un cas de *péricardite fibrineuse idiopathique*, qu'il a observé à l'hôpital de la Providence en janvier 1886. Ce cas est très remarquable par le fait que le bruit de frottement produit entre les feuillets du péricarde, était distinctement entendu à une distance de deux à trois pas du lit du malade. Ce dernier guérit du reste au bout de 18 jours. — M. Nicolas n'a trouvé aucun cas analogue dans la littérature.

Le même confrère démontre un nouvel appareil d'induction, provenant de la fabrique Reiniger à Erlangen, et qui se recommande par sa simplicité et la modicité de son prix.

Le secrétaire, Dr E. Henry.

Séance du 6 avril 1886.

Présidence de M. Bossart, vice-président.

M. Albrecht, à propos de la communication faite par M. Bossart sur le tétanos, mentionne une nouvelle théorie sur la pathogénie de cette affection. D'après cette théorie, le tétanos serait dû à la présence dans les plaies d'une espèce de ptomaïne qui aurait une action spécifique sur les terminaisons nerveuses.

M. H. de Montmollin présente un cas d'*ostéomyélite du tibia*, guéri par ostéotomie de cet os, et évidement des os du tarse. Il y a un raccourcissement assez prononcé de l'extrémité avec pied équin.

M. Dardel, sur les données émises par M. Bossart dans une précédente séance, a administré à un malade de la *fougère mâle* à dose de 10 grammes mais s'en est fort mal trouvé. Le malade fut atteint d'une affection cholériforme, qui mit ses jours en danger. Dorénavant M. Dardel préfère revenir à des doses moyennes.

M. Morin mentionne le fait qu'à Zurich, on administrait aux ouvriers du Gothard, atteints de l'ankylostome, jusqu'à 15 grammes de fougère mâle à la fois, sans qu'on ait jamais vu de résultats malheureux.

M. H. de Montmollin se trouve très bien aussi de l'administration de doses massives de ce vermifuge.

M. Albrecht recommande l'usage de la *pelletiérine*, surtout dans la clientèle des enfants.

M. Henry rapporte un cas de *pemphigus idiopathique*, qu'il a observé, chose assez rare, chez un adulte, sans qu'il y ait eu d'accidents syphilitiques.

M. Garot a vu trois cas du même genre dans la même famille.

M. Albrecht aurait désiré examiner sous le microscope le contenu des vésicules, pour tâcher de constater la présence de microbes spécifiques. Il a vu des cas analogues à Vienne.

M. Morin estime que dans l'affection qui nous occupe, il faut toujours penser à la probabilité d'infection syphilitique. D'autre part il y aurait lieu de rechercher si l'on n'a pas affaire à des troubles trophiques, provenant de lésions nerveuses, telles qu'on en trouve dans la période préataxique du tabes.

M. Bossart cite un cas de pemphigus, pris à tort par un confrère pour une variole, et où l'origine du mal était aussi obscure. — Il croit à l'influence presque constante de la syphilis, et estime qu'on peut également rattacher le pemphigus à une névropathie, de même que l'herpès Zoster.

M. Henry, sur la demande de M. H. de Montmollin, donne quelques détails sur deux cas de *variole*, observés à Auvernier, dans une maison de garde-voie. La première malade atteinte de varioloïde est une adulte, employée au triage des chiffons à la papeterie de Serrières. Elle était déjà à la période de dessiccation, quand le médecin fut appelé, et quand par conséquent les vaccinations et revaccinations purent être faites. C'est ce qui explique qu'un enfant d'un an, *non encore vacciné*, contracta une variole hémorragique à laquelle il a succombé.

M. Albrecht mentionne un cas de *spina-ventosa* très développée, et demande aux chirurgiens présents s'il convient d'opérer de bonne heure, ou quelle est la marche à suivre.

M. H. de Montmollin a vu de très grosses « spinæ-ventosæ » guéries sans intervention chirurgicale. Maintenant l'élimination au moyen de la rugine est en vogue.

Le secrétaire, Dr E. Henry.

SOCIÉTÉ FRIBOURGEOISE DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1886 à Romont.

Présidence de M. le Dr Cuony, président.

Compte rendu des maladies régnantes.

MM. Buman, Cuony, Favre, Schaller, Weck, Python, à Fribourg, ont

constaté pendant ce trimestre, une grande quantité d'angines, amygdalites, laryngites, bronchites et quelques pneumonies. La grippe a atteint, à Fribourg, un assez grand nombre d'enfants. Viennent ensuite les affections rhumatismales aiguës et chroniques. Il y a eu à Fribourg 4 cas de fièvre puerpérale avec 1 décès.

M. Crausaz, à Rue, a traité des bronchites d'une intensité et ténacité remarquables; il signale en outre quelques cas d'ictère et un cas de cirrhose hypertrophique du foie.

M. Pégaitaz, à Bulle, rapporte de nombreux cas de *tour de rein*.

M. Badoud, à Romont, quelques cas d'ictère.

Travaux particuliers.

M. Crausaz lit son travail intitulé : ***Quelques mots sur un cas d'éclampsie pendant l'accouchement.***

Suit une discussion sur le traitement de l'éclampsie :

M. Badoud cite un cas où la saignée a très bien réussi.

M. Buman croit que la saignée est beaucoup trop délaissée de nos jours dans ces cas-là.

M. Cuony a vu un cas où l'éclampsie ne s'est déclarée qu'après une forte hémorragie.

M. Favre lit un très intéressant travail intitulé : ***Pneumonie du sommet droit. Hémiplégie gauche. Suppression du pouls de la radiale droite*** (voir p. 285).

Le Secrétaire : Dr Weck.

BIBLIOGRAPHIE

W. Pasteur. A new Method, etc. (Nouvelle méthode pour estimer l'état du cœur droit). *Lancet*, 15 mai 1886.

Nous avons déjà rendu compte dans cette *Revue* (1885, p. 689), des premières recherches de l'auteur sur la distension des veines superficielles du cou, survenant sous l'influence de la compression du foie en arrière et en haut, dans le cas d'insuffisance tricuspide. M. Pasteur a examiné, depuis sa première communication, un grand nombre de malades chez lesquels ce phénomène existait ou faisait défaut ; il insiste sur les conditions dans lesquelles l'observation doit être faite : le malade doit être couché, le cou en légère extension, la tête un peu de côté sans tension des muscles du cou ; le phénomène est surtout marqué à droite, mais peut presque toujours aussi être observé à gauche ; les mouvements respiratoires doivent toujours se faire régulièrement pendant l'examen. La fosse sus-claviculaire se remplit souvent partiellement au moment où on commence à comprimer le foie, surtout chez les sujets maigres. Le degré de compression nécessaire varie suivant les individus ; la rigidité

ionnaux, une ascite tres abondan
ne impossible : il est rare que celle-c
a toujours coincide, sauf dans un c
l'asystolie du cœur droit, il parait ex
nce tricuspide d'origine fonctionnelle
autopsies du moins ont confirme ce
observe a un degre plus ou moins marque chez des
affections valvulaires ou d'emphyseme avec bronchite
guerit, le seul cas ou il ne coincidait pas avec une affec-
ait une pleuresie gauche avec deplacement considerable
, il disparut avec le retour du cœur a sa place M. Pas-
onstater dans aucun autre cas de pleuresie
le le mecanisme du phenomene, qui parait en tout cas
que produit la pression sous les côtes dans la circula-
at, il est donc un bon signe du degre de resistance de
presente une reelle importance pour le diagnostic des
ar

ajouter que nous venons d'observer personnellement un
l'existence du symptôme signale par M Pasteur : Un
l'infirmerie du Prieure pour une affection cardiaque et
mpression du foie determinait la dilatation de la jugulaire
ecroulait subitement a une syncope, et l'autopsie, faite en
M. Pasteur, nous a permis de constater l'existence d'une
raisseuse du muscle cardiaque avec dilatation de l'orifice
uiaire droit. C. P.

. Climatotherapie. trad de l'allemand par A Devou et
ann 1 vol in-8° de 300 p. Paris, 1886. F Alcan.

uvec les notions meteorologiques applicables a la medi-
tion de l'air, sa temperature, etc., l'auteur de ce livre
, ses variations et son influence sur l'organisme, la rosee,
la pluie, l'electricite, l'ozone. Il enumere les caracteres
climat et les indications qu'on en doit tirer pour le trai-
dies chroniques. Il entreprend ensuite un veritable tour
int de vue de la climatotherapie et signale tous les points
malades peuvent trouver des *sanatoria* sur toutes ces
des indications precises
trouveront dans l'ouvrage de M Weber, resumes sous
ise, d'utiles renseignements pour guider leurs malades
ul secours aux diverses saisons, ainsi que les principales
ire medica sur lesquelles doit reposer ce choix. C P

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

La réunion annuelle aura lieu le mercredi 11 août, à Genève. Le comité prie MM. les membres de la Société qui désireraient faire une communication scientifique ou intéressant la Société de prévenir le secrétaire, M. le Dr Marignac, *avant le 20 juillet*, afin que l'on puisse organiser l'ordre du jour de la séance.

Le comité rappelle en outre aux membres de la Société que la réunion de cette année coïncidera avec celle de la *Soc. helvétique des sciences naturelles*, qui aura lieu du lundi 9 au jeudi 12 août. La Société médicale de la Suisse romande et la section médicale de la Soc. helvétique auront une séance commune dans laquelle se feront toutes les communications scientifiques ; elle sera suivie d'une séance particulière de la Soc. de la Suisse romande, où se traiteront les questions intéressant particulièrement cette Société.

Le prix de la carte de fête pour la séance, la réunion et le banquet du *Mercredi 11 août*, sera probablement de 6 fr. ; les membres de la Société de la Suisse romande pourront prendre part *à toute la fête de la Société helvétique* en prenant la *carte complète*. (Prix probable, 20 fr.)

Pour le comité annuel de la Soc. méd. de la Suisse romande :

Le Président, Dr D'Espine. — *Le Secrétaire,* Dr E. Marignac.

Programme de la session de la Société helvétique des Sciences naturelles.

Lundi 9 août, à 3 ½ h. Séance de la commission préparatoire à l'Université. — A 8 h. Soirée de réception offerte par le président au palais Eynard.

Mardi 10 août, 8 h. du matin. Première assemblée générale à l'Université. — 1 h. Banquet au bâtiment électoral. — 5 h. Réception offerte par M. le Dr W. Marcet, à Malagny.

Mercredi 11 août, 8 h. du matin. Séance des sections à l'Université. — 4 h. Banquet au Bâtiment électoral. — 8 h. Réception et concert offerts par la ville de Genève au Théâtre.

Jeudi 12 août, 8 h. du matin. Seconde assemblée générale. — 12 h. (si le temps le permet), promenade sur le lac ; au retour, réunion familière à l'Hôtel national.

MM. les membres de la Société et MM. les étrangers sont priés de se rendre à leur arrivée au Bureau de réception, à l'Université, pour s'inscrire et retirer leurs cartes de fête. — Le bureau sera ouvert dès le

9 août à midi. (Un bureau de renseignements sera également établi à la gare du chemin de fer).

Nous espérons que nos confrères du *Central-Verein* et de la *Societa medica della Svizerra italiana* assisteront nombreux à cette réunion.

—

Nominations. — La commission administrative de l'Hôpital cantonal de Genève vient de nommer, à la suite d'un concours, M. le Dr Goetz médecin-adjoint à l'hôpital, M. le Dr Comte, chirurgien-adjoint à l'hôpital et M. le Dr Cordès, chirurgien-adjoint à la Maternité.

—

OUVRAGES REÇUS. — H. Truc. Traitement chirurgical de la péritonite, *Thèse d'agrégation*. Paris, 1886, F. Alcan.

Woldemar Caden, Saint-Moritz-les-Bains. Bienne, 1886.

Pernisch, Les bains de Tarasp-Schuls, Coire, 1886.

—

Caisse de secours des médecins suisses. — Reçu en juin 1886 :

Argovie. — MM. les Drs Zürcher (IIme don), 20 fr. Zimmermann (IIme), 20 fr. Schaufelbuel (IIIme), 20 fr. Eckert, 10 fr. C.-A. á W. (IIme) 20 fr. (90+1517=1607 fr.).

Bâle-Ville. — Dr Reidhaar (IIme), 20 fr. R. Bâle (IVme et Vme), 60 fr. (60 + 2020 = 2080).

Berne. — Drs Pfyffer, 5 fr. Renggli (IIIme), 10 fr. Schenker (IIIme), 10 fr. (25 + 3679 = 3704).

Saint-Gall. — Drs Müller (IIme), 20 fr. Eugster (IIIme), 20 fr. Jung, sen. (IIIme), 10 fr. Jung, jun. (IIIme), 10 fr. (60+1970=2030).

Grisons. — Drs Boner, 20 fr. Flury (IVme), 20 fr. (40+805=845).

Lucerne. — Dr Amberg (IIme), 10 fr. (10+1215=1225).

Schwyz. — Dr Vonmoos, 10 fr. (10+120=130).

Soleure. — Dr Wannier (IIIme), 15 fr. (15+820=835).

Tessin. — Dr Brignoni, 10 fr. (10+468=478).

Vaud. — Dr Neiss, 10 fr. (10+975=985).

Zurich. — Drs W. M. á D. (IVme), 10 fr. Walter (IIme), 5fr. R. M.-H. (IIIme), 20 fr. G. Schulthess (IIme), 10 fr. Prof. O. Wyss (IIme), 50 fr. (95+5168=5263)

Total : 425 + 26,300 des listes précédentes = 26,725 fr.

Bâle, 3 juillet 1886. *Le Trésorier :* A. Baader.

Maladies infectieuses signalées au Bureau de Police sanitaire du canton de Vaud.

JUIN 1886.		Fièvre typhoïde.	Fièvre puerpérale.	Variole.	Varioloïde.	Scarlatine.	Rougeole.	Croup.	Diphthérie pharyngienne.
DISTRICTS	COMMUNES	Cas	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.
Lausanne.	Lausanne.....	3	....	....	....	4	....	....	....
Morges...	Bussigny.....	....	....	....	....	2	....	....	....
Aigle. ...	Ollon.....	....	1	....	....	....	....	....	....
Vevey....	Vevey.....	....	....	....	....	1	....	....	....
Avenches.	Cudrefin...	1	....	....	....	....	....	....	....
Orbe.....	Agiez	....	....	....	....	....	....	1	....
	Sergey.....	1	....	....	....	....	....	....	....
	Valleyres s/ Rances..	1	....	....	....	....	....	....	....
	Totaux...	6	1	....	....	7	....	1	....

BULLETIN DE STATISTI

Rédigé par

DÉCÈS	à Genèv (Genève, Palexpalais, Eaux) 72,135 habit		
ANNÉE 1866	JUIN		
	[illegible]	Fém.	Total
Variole	....	....	....
Rougeole	....	....	....
Scarlatine	....	....	....
Diphtérie, croup	....	....	....
Coqueluche	..1.	..1.	..2.
Erysipèle	..1.	....	..1.
Fièvre typhoïde	....	....	....
Dysenterie	....	....	....
Infection puerpérale	....	....	....
Autres infections	....	....	....
Phtisie pulmonaire	.14.	..9.	.23.
Bronchite chronique	..2.	..2.	..4.
Bronchite aiguë	..1.	..1.	..2.
Pneumonie	..4.	..3.	..7.
Pleurésie et suites	..2.	....	..2.
Autres affect. respir.	..1.	....	..1.
Affections cardiaques	..4.	..4.	..8.
Autres circulatoires	....	....	....
Diarrhée, athrepsie	..2.	..5.	..7.
Autres affect. digest.	..3.	..5.	..8.
Apoplexie	..2.	..3.	..5.
Autres affect. nerv.	..3.	..8.	.11.
Affect. génito-urinair.	....	..2.	..2.
Autres affections générales	..2.	..2.	..4.
Autres affections locales	..7.	..3.	.10.
Traumatisme	..3.	..1.	..4.
Mort violente	..4.	..1.	..5.
Causes non classées	..2.	..2.	..4.
TOTAL DES DÉCÈS	.58.	.52.	110.
dont dans les hôpitaux	.19.	..9.	.28.

DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES ET PRÉDOMINANTES

DANS QUELQUES AUTRES VILLES SUISSES

D'après les chiffres des Bulletins hebdomadaires du Bureau fédéral de statistique.

Du 30 mai au 3 juillet 1886 (5 semaines).

VILLES SUISSES de plus de 10,000 habit[ts]	Population calculée 1er juillet 1886	Total des décès.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Fièvre typhoïde et typhus.	Infection puerpérale.	Phtisie pulmonaire.	Affections respir. aiguës.	Entérite des jeunes enfants.	Autres causes
Zurich agglomération	.87,639	.205	..8.	.17.	....	..7.	..2.	..1.	...	.40.	.17.	..6.	107.
Bâle.....	.70,647	.105	....	..1.	....	....	..4.	..2.	....	.24.	..9.	.15.	.50.
Berne	.48,601	.102	....	....	....	..3.	....	....	..1.	.27.	..5.	..6.	.60.
Chaux-de-F.	.23,806	..41	. ..	....	....	....	....	..1.	....	..8.	..4.	..1.	.27.
Saint-Gall ..	.24,097	..56	....	....	....	....	....	..2.	....	..8.	..3.	..5.	.38
Lucerne....	.19,707	..46	....	....	....	....	...	..2.	..1.	..9.	....	..1.	.33.
Neuchâtel ..	.16,891	. 33	....	....	..1.	....	....	....	..1.	..7.	..3.	....	.21.
Winterthour	.15,935	..37	....	..8.	....	..2.	....	....	....	..2.	..3.	..2.	.20.
Bienne.....	.13,563	..32	..1.	....	....	.. .	....	....	...	..7.	.1.	..4.	.19.
Schaffhouse.	.12,628	..18	..2	...	....	....	....	....	....	..3.	..3.	....	.10
Hérisau....	.11,838	..26	....	....	....	. ..	....	....	..2.	..2.	..2.	..1.	.19.
Locle.....	.10,537	...9	...	....	....	....	....	....	....	.1.	..2.	....	..6.
ENSEMBLE [1].	172,280	.945	.11.	.29.	..1.	.12.	..9.	..8.	..5.	182.	.82.	.60.	546 [1]
5 semaines précédentes		*1157*	*.15.*	*.30.*	*..1.*	*.21.*	*.31.*	*.11.*	*..2*	*177.*	*146.*	*.58.*	*670.*

VI^me ANNÉE. — N° 8. 15 AOUT 1886.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

De la résection des côtes dans le traitement des excavations et des fistules consécutives à la pleurésie purulente

(D'après des observations inédites),

Par le Dr de CÉRENVILLE,
ancien médecin en chef de l'hôpital cantonal à Lausanne.

(Suite et fin.)

Région d'élection, étendue de la résection.

On doit réséquer la douve du thorax dans la région qui répond au plus grand développement de l'excavation. C'est là que l'opération offre le moins de chances d'accidents, car l'on peut être parfaitement certain d'y rencontrer une plèvre épaissie, et plus sûr qu'ailleurs de ne pas tomber sur des adhérences pulmonaires. C'est là, ensuite, que l'effort de la nature vers la rétraction est le plus vigoureux, que les côtes sont plus rapprochées, il importe d'y concentrer l'appel.

Lieu d'élection de la thoracotomie, la région latérale deviendra aussi la région d'élection pour la résection des côtes; en effet les excavations occupent le plus souvent la région latéro-antérieure ou latéro-postérieure du thorax et peuvent être attaquées dans l'un et l'autre cas par une résection pratiquée dans la ligne axillaire. Nous avons vu que, d'un autre côté, cette région latérale offre des facilités opératoires précieuses.

Quant à l'*étendue* de la résection, elle ne peut entrer dans les prévisions, pour chaque cas particulier, que d'une façon ap-

proximative. Je crois qu'il faut se tenir dans un juste milieu et éviter aussi bien une résection trop timide, qui risquerait d'être insuffisante, qu'une résection plus étendue que ne le comportent les besoins. On peut s'appuyer sur la règle suivante :

Si l'excavation est d'une dimension moyenne, sa configuration aplatie, la distance entre les plèvres au-dessous de 2 à 3 centimètres, l'étendue de la résection sera inférieure à celle de la plus grande surface de la cavité, mais orientée en raison de la direction du plus grand diamètre. Si la cavité est étendue en largeur, on réséquera de plus longs fragments d'un nombre de côtes en proportion avec la hauteur du vide intérieur. Si elle est étendue en hauteur, on attaquera un plus grand nombre de côtes, mais chacune sur une longueur moindre.

Une excavation pleurale profonde exigera une résection plus sérieuse que si elle est étendue en surface, les segments enlevés aux côtes devront avoir la plus grande longueur possible, leur nombre restant du reste proportionnel à l'extension longitudinale et transversale de la poche. Les extrémités des os, en se rapprochant, forceront la plèvre costale à former un pli d'autant plus volumineux qu'elle est plus épaissie ; ce promontoire fera saillie dans l'intérieur et contractera adhérence avec la paroi de la poche. On saisit aisément dans quelle large mesure ce mécanisme est favorisé par une résection costale hardie.

Lorsque la cavité s'étend en surface, sur une petite profondeur, il est clair qu'une faible dépression de la paroi thoracique suffit pour amener le contact cherché des feuillets pleuraux. On pourra donc se contenter d'enlever des fragments de 2 à 3 centimètres de longueur.

L'exploration de la cavité à l'aide de la sonde est seule en mesure de fournir sur la conformation de la cavité des renseignements exacts qui permettent de déterminer l'extension à donner à la résection. Le jaugeage au moyen d'un liquide, n'indiquant que la contenance, ne tranche que la question d'opportunité opératoire dans sa forme la plus générale.

Lorsque la cavité ne communique avec l'extérieur que par une fistule étroite, ou que les os sont trop resserrés pour permettre le libre jeu de la sonde, il sera difficile de partir en guerre avec un plan d'opération déterminé. Il faudra plutôt réséquer une côte, inciser dans le sillon costal, ouvrir la plèvre assez largement pour pouvoir procéder à l'enquête la plus précise qu'il sera possible sur l'étendue et la forme de la poche, et

seulement alors déterminer l'étendue à donner à la résection ultérieure.

Résections secondaires.

Lorsque la cavité est de grande capacité, il peut arriver qu'une première opération ne suffise pas à la combler. Les fragments se sont rapprochés, puis soudés, la plaie osseuse est oblitérée, l'excavation est complètement réduite, mais la guérison reste incomplète. Les conditions générales sont améliorées, le bénéfice de l'opération est réel, mais l'infirmité subsiste. Doit-on, dans ces circonstances, reprendre en sous-œuvre et réitérer sa résection ?

On peut répondre par l'affirmative, l'expérience acquise le prouve.

Le procédé opératoire reste le même, mais avec une difficulté en plus. Elle résulte de l'obscurité des rapports topographiques dans le tissu cicatriciel qui a remplacé les parties molles, ainsi que de la néoplasie capricieuse qui a envahi les côtes dans le voisinage de la soudure. Malgré ces obstacles, il vaudra certainement mieux, dans un cas douteux, pratiquer la seconde résection dans le champ de la première que de s'exposer, en la faisant porter en avant ou en arrière, au risque de tomber sur une région où la plèvre n'offre que peu ou pas d'épaississement. Si l'on peut sonder l'excavation et la délimiter exactement, il n'y aura, en revanche, que des avantages à opérer sur des côtes saines, en dehors de la zone de la première résection, en restant dans les limites de l'excavation.

J'ai pratiqué cette résection secondaire dans trois cas : succès complet pour l'un, pour les autres, succès relatif, dans le sens d'une réduction notable d'une excavation déjà diminuée par la première opération. Une troisième intervention analogue eût sans doute amené la guérison, mais la malade s'y refusa.

Saxmann, Estlander, ont aussi eu recours à la résection secondaire, avec réussite complète ou amélioration satisfaisante. Lucas Championnière a même répété l'opération jusqu'à trois fois chez le même malade, il en est résulté une forte diminution du volume de la cavité. Celle-ci ne s'est pas obturée complètement, il est resté un espace libre dans la partie supérieure. Cet insuccès n'a pas empêché l'état général de rester excellent. Il me paraît que, en cas d'insuccès de la première opération, il y

aura toujours lieu d'essayer d'une seconde, dans les cas d'excavation occupant les régions inférieures du thorax. Pour les cavités situées dans les zones supérieures, ce sera plus discutable, car la résection ne pourrait être aussi étendue qu'il le faudrait, en raison des dispositions anatomiques.

OBSERVATIONS

Observation I. — Guichardaz, Julien, 23 ans, tanneur, entre à l'Hôpital de Lausanne le 1er *mars* 1878.

Il souffre depuis janvier de points de côté avec un peu de toux, mais n'a suspendu son travail que depuis huit jours.

Apparence robuste. Quelques craquements fins à la base du côté gauche. *Matité* haute de deux travers de doigt. La pleurésie s'accuse nettement au bout de 3 ou 4 jours. Expectoration rosée. Fièvre à 38-39°. Pouls dur et tendu. Les symptômes s'accentuent et l'épanchement augmente peu à peu.

Le 16 *mars* apparaissent les premiers signes indiquant la présence d'un gaz dans la zone supérieure de l'épanchement, dans la région dorsale et latérale. Une ponction exploratrice accuse la *purulence* du liquide, mais sur un point très limité.

Répétée le 21, dans le huitième espace intercostal, sous la pointe de l'omoplate, la ponction ramène un liquide séro-purulent très fétide.

La percussion et l'auscultation permettent d'établir le diagnostic suivant : *exsudat occupant la région inférieure, de la septième côte à la base, pneumothorax répondant à l'espace compris entre les cinquième et septième côtes, dans la région postérieure; l'un et l'autre se terminent dans la ligne axillaire antérieure.*

Pas d'expectoration. Pas de frissons, fièvre irrégulière oscillant entre 38 et 39°,7. Amaigrissement

22 *mars*. Nouvelle ponction dans le neuvième espace. Pus infect. Séance tenante, je pratique la *thoracotomie* dans le même espace intercostal, et j'évacue 2 ½ litres de pus séreux, brunâtre, très fétide Lavage alcoolisé et phéniqué. Tube laveur. Pansement de Lister. Amélioration générale rapide.

Le 26 *mars* je constate : 1° Une cavité pneumothoracique de 15 à 17 cm. de longueur d'avant en arrière, occupant jusque dans la région antérieure toute la moitié inférieure du sac pleural. 2° Le libre jeu du poumon, qui possède une expansion vigoureuse.

1er *avril*. Le pneumothorax persiste, il occupe dans la région antérieure tout l'espace compris entre la cinquième et la septième côte et atteint la ligne médiane, recouvrant le cœur.

Derrière, les adhérences ne commencent qu'à la hauteur de l'épine de l'omoplate.

Je pratiquai alors une *nouvelle incision* dans le cinquième espace intercostal, à 2 cm. en dehors de la ligne papillaire, afin d'atteindre plus sûrement, au moyen des détersifs, la partie antérieure de la poche pleurale qui pouvait être très anfractueuse et s'opposer à la rétraction. Un gros drain fut placé dans la plaie.

Jusqu'au 22 *avril*, amélioration de l'état général mais persistance d'un peu de fièvre vespérale. Quant à la *poche pleurale*, *elle reste immense*, occupe au moins la moitié du thorax gauche et ne manifeste aucune tendance à la rétraction.

C'est alors que, encouragé par les opérations analogues pratiquées précédemment sur un malade, je me décidai à exécuter mon projet déjà mûri depuis longtemps, et qui consistait à chercher la diminution de la poche pleurale par l'ablation d'une douve au squelette du thorax.

Je choisis la région antérieure pour deux motifs : d'abord l'opération paraissait plus facile, puis je tenais tout d'abord à empêcher le pneumothorax par décollement de la plèvre adhérente, dans les régions supérieures du poumon. Je supposais que si je pouvais prévenir cet accident, conserver l'adhérence des deux plèvres de la portion antérieure et supérieure, j'aurais déjà gagné du temps et empêché l'aggravation du pronostic. Quant à la poche pleurale elle-même, je pensais que nous aurions le temps et que rien ne pressait.

Je fis donc la résection des deuxième, troisième et quatrième côtes, en dehors de la ligne mamillaire, sur une étendue de 2 à 3 cm. L'incision unique de 12 cm. de hauteur intéresse la peau, l'aponévrose, et sectionne le grand pectoral. Les fibres du petit pectoral sont refoulées avec l'écarteur.

L'opération fut faite au chloroforme et ne présenta pas de difficultés spéciales.

La plaie fut remplie de tampons de ouate, après avoir été convenablement lavée.

Comme il me paraissait utile, dans ce temps-là, de créer entre l'extérieur et la poche pleurale de grandes communications, permettant d'agir localement sur les culs-de-sac de cette dernière, je cherchai à pratiquer une incision de la plèvre au milieu du vide laissé par la résection de la troisième côte. Je ne pus y parvenir; j'arrivai évidemment sur une adhérence de la plèvre et, sur une faible profondeur, dans le tissu pulmonaire; ceci n'eut pas d'autre suite fâcheuse qu'un *point* violent qui se fixa dès la nuit suivante dans le côté gauche.

Le 23 *avril*, j'enlève les tampons; la plaie a belle apparence. Lavage avec l'alcool phéniqué. La respiration est légèrement dyspnéique, en raison du point de côté et de la difficulté à tousser. Apyrexie. État général passable.

25 *avril*. La dyspnée a cessé. Expectoration muco-purulente assez abondante, écumeuse. Le point se localise dans la région axillaire postérieure. L'aspect de la plaie est brillant, elle semble disposée à se guérir par première intention sur une grande étendue. J'enlève les fils.

28 *avril*. La plaie granule régulièrement. Exfoliation de l'extrémi la quatrième côte.

4 *mai*. Le malade sort en plein air et s'en trouve bien. La plaie g rapidement. Les mouvements de la main et du bras, un peu gênés d'a reprennent leur liberté.

8 *mai*. L'auscultation indique un retour du bruit vésiculaire s région postérieure supérieure du thorax jusqu'à 2 cm. sous l'épir l'omoplate, dans la région antérieure, sur toute la surface occupée a ravant par la sonorité du pneumothorax, zone sur laquelle le bruit r ratoire avait disparu. J'en conclus qu'il y a un progrès réel, que la p pulmonaire s'est soudée avec la plèvre pariétale sur une grande éte et avec rapidité, et que le résultat visé est probablement en bonne vo se réaliser.

La sonde, introduite dans la plaie postérieure, ne pénètre plus dans un canal étroit; elle n'y a plus de jeu de latéralité.

L'état général est bon, la nutrition active. A partir de ce mom part quelques accrocs passagers dus aux rétentions de pus, la cicatris de la poche pleurale s'opére avec une parfaite régularité.

Le 3 *juin* le malade est présenté à la Société vaudoise de médeci Lausanne.

Le 1er septembre il part pour Aoste, par le Saint-Bernard, et fai bonne partie de la route à pied.

La sonorité du thorax est normale dans les deux tiers supérieurs térieurs, ainsi que le bruit respiratoire.

De la pointe de l'omoplate à la base de l'espace pleural, s'étendan qu'à la ligne axillaire antérieure, il reste une matité dense avec obs du bruit vésiculaire répondant à la plus grande épaisseur des fa membranes.

J'ai revu Guichardaz cette année (mars 1886); sa santé est restée faite.

Observation II. Rosa Beck, âgée de 3 ans, entre à l'Hôpital canto 5 août 1878.

Antécédents incertains. Enfant pâle et très amaigrie. Respiration pnéique. Sur le côté gauche, diminution du bruit respiratoire qui pas complètement aboli, matité dense atteignant, en avant, la troi côte, en arrière, l'épine de l'omoplate. Mouvement fébrile irrégulier.

Dans le courant du mois, l'état général s'aggrave, l'enfant maigrit consume, l'épanchement pleurétique se développe et refoule le Voussure.

29 *août* : *ponction* exploratrice dans le cinquième espace inter ligne axillaire. Liquide purulent épais.

Le 30 *août* : *thoracotomie* et introduction d'un tube dans le qua espace intercostal. Écoulement d'une grande quantité de pus.

Les suites de l'opération sont régulières et favorables. La fièvre tombe, l'appétit se relève, le cœur reprend sa place, la sonorité reparaît, pas de dyspnée.

Lavages au siphon interrompus parfois par la rétention de pus causée par des coagulations; obligation de changer souvent les tubes. Un peu de fétidité par ci par là, malgré les lavages iodés.

10 *septembre*. Il ne pénètre plus que deux cuillerées à soupe environ de liquide dans la poche pleurale. Le drain s'échappe pendant le pansement, il est impossible de retrouver le trajet et je laisse la fistule à elle-même malgré une légère érosion de la côte sous laquelle se trouve la fistule.

4 *octobre*. L'affaissement et la rétraction du côté avancent.

21 *novembre*. La fistule intercostale subsiste, elle donne un peu de pus. L'érosion de la côte paraît être guérie.

19 *décembre*. Depuis quelques jours l'état général a souffert. Fièvre le soir. Un peu de dyspnée. Matité dans la région axillaire. Une ponction exploratrice ramène du pus épais et inodore. Je rétablis une fistule et j'installe un nouveau siphon, grâce auquel l'équilibre se rétablit assez vite. Il est remplacé par des drains toujours plus courts.

14 *janvier*. Le sondage de la cavité indique de vastes anfractuosités en arrière et dans la direction de la colonne vertébrale.

26 *janvier*. La fistule s'est rétrécie. La sonde a peu de jeu dans le sens latéral.

6 *février*. La cavité se rétrécit beaucoup, on n'y fait pénétrer que peu de liquide.

31 *mars*. Le drain tombe, la plaie parait fermée.

Fin d'avril. Après quelques jours de malaise, il se forme sous la cicatrice une voussure qui répond à une collection purulente. Après évacuation du pus, nouvelle période de bien-être, puis, à la *fin de mai*, après un nouvel abcès, on arrive avec la sonde dans une fistule de 5 cm. environ.

Essais d'injections détersives et modificatrices, inutiles; la fistule persiste, elle pénètre à 4 cm. en arrière et en haut.

28 *juin*. C'est alors que je pratique la *résection de la septième côte*, à la place de la fistule. Le fragment réséqué, de 3, 5 cm. de longueur, présente une lacune en demi-lune, un ulcère profond et rempli de granulations. S'est-il formé sous la pression du tube de caoutchouc ou peut-être sous l'influence d'une blessure faite au bord de la côte par le trocart? La première supposition est plus probable.

Je profite de la plaie pour élargir et gratter la fistule pleurale, que je bourre de ouate , et je place un drain.

Suites de l'opération régulières, sauf un peu trop de gonflement des tissus bordant l'incision.

Malgré tout, le 5 *août*, début avec fièvre d'une nouvelle rétention de pus.

Le 13 *août*, la fistule a 8 cm. de profondeur.

Le 16, prévoyant l'impossibilité d'arriver par les moyens locaux ordi-

suppuration et à guérir la fistule, je me décide à
ue, destinée à rétrécir le périmètre du thorax et à
. Je débutai sans avoir de plan déterminé, me
'opération au fur et à mesure des besoins et des
rais faire.
ans le tissu cicatriciel de la première résection,
al, ligne axillaire. Résection de 1,5 de la septième
uvelle incision verticale, ablation de la sixième et
ncisant avec le bistouri boutonné la plèvre du
tal, j'explore avec le doigt la région avoisinante.
curale assez étendue longeant l'aisselle jusqu'à la

ır favoriser la cicatrisation de la poche sur toute
me et la quatrième côte, sans nouvelle incision
a plèvre.
a plèvre et un drain dans l'angle inférieur de la

ıée prudente. Pansement de Lister incomplet.
de fièvre, pas de douleurs. Suppuration modérée,
ıfant se modifie avantageusement et avec grande

bre, le rétrécissement de la poitrine s'opère avec
plus les vides laissés par l'ablation des fragments
mités se sont rapprochées. Reste une fistule très

t présentée à la Société romande de médecine.
bien accusée.
. La guérison est complète, elle est confirmée par
l'hôpital après que l'enfant est rentrée dans sa

s brièvement possible cette observation, en
ui n'est pas en rapport direct avec le sujet
ôtes. Il en reste en essence ceci : pleurésie
enne, thoracotomie, poche pleurale rebelle
nt une année, avec fistule, carie d'une côte,
ncapable de fermer la fistule et le foyer
n étendue qui amène l'occlusion cherchée
i.

D., Édouard, 18 ans, commis.
7 *décembre* 1877. Épanchement récent abondant
uffocations. Déplacement du cœur.
racentèse, extraction de 1100 cm. c. de sérum ver-

13 *décembre*. L'épanchement se reforme rapidement. Fièvre intense. Angine et éruption scarlatineuse généralisée.

19. Nouvelle *thoracentèse*, d'urgence. Liquide séreux d'abord, puis *purulent* vers la fin.

21. État général mauvais, dépression, cyanose, dyspnée. Malgré la ponction récente, matité absolue dans la moitié inférieure du thorax, respiration très sourde.

J'introduis dans le cinquième espace intercostal, ligne axillaire, un tube siphon, au moyen d'un gros trocart en évitant l'entrée de l'air. Il s'écoule du *pus épais* et sans odeur.

23. Fièvre tombe. Écoulement de pus régulier. Rien de spécial à relever.

2 *janvier* 1878. La sonde pénètre à 13 cm. et suit un canal allongé, de 1 ½ cm. à peine de diamètre, et qui s'en va sur le diaphragme dans la direction de la colonne.

26 *janvier*. État général favorable. La fistule est plus longue que précédemment, la sonde y pénètre à 15 cm. et s'arrête entre la pointe de l'omoplate et la colonne vertébrale. Là, entre la neuvième et la onzième côte, la voix a une résonance cavitaire éloignée, les vibrations vocales sont suspendues et la percussion donne un son bref et tympanique.

J'en conclus à l'existence d'une *loge purulente* communiquant avec l'extérieur par la fistule.

L'écoulement du pus indique une capacité de 80 à 90 grammes environ.

5 *février*. J'attaque la poche diagnostiquée à la région postérieure, et une incision intercostale profonde me permet en effet d'y pénétrer et de faire passer un drain.

11 *février*. Un flot de pus s'écoule lorsqu'on enlève le drain.

18 *février*. Rétrécissement du thorax à droite bien constaté. État général bon.

Jusqu'en mai, le traitement reste le même, injections dans les fistules, avec solutions phéniquées et nitrate. Bains sulfureux.

Le 1er *mai*, il se forme une voussure comprise, en hauteur, entre les deuxième et cinquième côtes, et, en largeur, entre le bord sternal droit et la ligne papillaire. Une ponction reste sans résultat. Matité à la percussion de cette région et bruit respiratoire très obscur et éloigné. Il y a évidemment une collection purulente en formation.

Le 5 *mars*, il s'écoule par la plaie latérale une grande quantité de pus; la tumeur s'affaisse, mais donne à la palpation la sensation de crépitation fine de l'emphysème du tissu cellulaire.

Le 8 *mai*, la tumeur s'est affaissée complètement, mais la matité persiste.

Très peu d'écoulement par la fistule latérale, point du tout par la fistule postérieure qui se ferme.

Le malade part pour Lavey peu de jours après.

Je ne le revois que le 10 août. Sa rentrée à l'hôpital est motivée par

y a quinze jours, d'une tumeur rouge et chaude dans la
'nale droite.
ıième et la sixième côte, à 2 cm. du bord droit du sternum,
ffet, une *tumeur* conique, molle, douloureuse. Toute cette
ne matité absolue, et le bruit respiratoire y est complète-

térale est toujours ouverte et donne issue à un pus épais.
l'abcès, pus abondant. Les côtes n'offrent rien de particu-
rie.
unication entre ce foyer et la fistule latérale, le liquide de
e de l'un à l'autre, mais non la sonde.
mois d'*août* et de *septembre*, la situation reste sensiblement
fistules communiquent (très probablement il y a eu une
riobaire), elles suppurent modérement, quelquefois pas du
'ois davantage. On y fait de temps en temps des injections
ode ou de solutions phéniquées.
', carie de la quatrième côte, entre le sternum et la région
nation.
79. Les fistules restent les mêmes et ne guérissent pas mal-
ons. Le liquide injecté par la fistule postérieure rejaillit au
ant et avec un accès de toux, par les fistulettes de la région
suppose un *foyer* placé derrière la troisième et la quatrième
ligne papillaire et le sternum. Sa nature, sa profondeur, sont
il n'y a pas de possibilité d'en pratiquer l'examen direct.
on de cette zone suspecte est mate, sans résonance tympa-
tation n'indique rien, le bruit respiratoire est sourd, éloi-
ille ne perçoit pas de signes cavitaires.
résection des côtes, comme moyen d'amener une rétrac-
vais déjà mise en pratique avec un plein succès, commença
e but de cette opération était multiple. Dans le cas présent,
née :
ltre l'exploration de la loge supposée enkystée derrière les
tre à nu si elle ne siégeait pas dans la plèvre.
ier l'ablation des tissus lardacés traversés par les fistules.
r la cage osseuse et à pousser à la cicatrisation des fistules
par resserrement mécanique du poumon.
er, le malade étant chloroformé, je pratiquai sur le qua-
intercostal une incision horizontale, coupée par une autre,
rigeant sur le bord sternal de la deuxième côte. Le tissu
cellulaire est trouvé absolument lardacé. Une fistule, étroite
et de trousse, passe du troisième espace intercostal, ligne
t communique avec la fistule cutanée sise au bord sternal.
tissu musculaire lardacé, au prix d'une assez forte hémor-
re, je résèque 5 cm. de la quatrième côte et 4 cm. de la troi-
de l'insertion de leur cartilage.

De là, je puis faire entrer le stylet, par la fistule, dans la cavité pleurale; pratiquant une incision de 2 cm. dans la plèvre épaissie, je fais pénétrer mon doigt, sans difficulté, dans une poche celluleuse au fond de laquelle il rencontre la plèvre viscérale.

J'arrête là mes investigations et je recouvre la plaie d'un pansement ouaté.

L'opération a marché régulièrement et sans complications d'aucune sorte. Le pouls et la respiration normaux.

16 *février*. Le pansement a dû être changé chaque jour.

La plèvre viscérale apparaît immédiatement sous l'ouverture de la plèvre pariétale, la poche celluleuse semble comblée, ses parois bourgeonnent vigoureusement.

Apyrexie complète et euphorie.

18 *février*. Une injection par la fistule postérieure ne revient que par la fistule latérale, mais aucunement par la plaie de la résection. Le drain postérieur n'a pas été changé depuis huit jours, il ne s'est pas écoulé de pus. Il faut admettre que le pus qui s'écoulait quelquefois abondamment avant l'opération par ces fistules, provenait bien, en réalité, du foyer ouvert par le bistouri, dans la région antérieure.

24 *février*. La rétraction du thorax à la hauteur des côtes réséquées se fait activement, car les extrémités osseuses de la troisième côte ne s'écartent plus que de 6 mm. au lieu de 4 cm.

Cette longueur de 3,4 cm. représente donc l'amoindrissement du cercle osseux pendant 14 jours.

L'épaule descend, et le rétrécissement se fait aussi de haut en bas. La plaie se ferme.

L'état général du malade est aussi bon que possible.

28 *février*. On découvre à l'angle supérieur de la plaie, entre les deux extrémités de la troisième côte, une très fine fistule. L'expérience de l'injection démontre de nouveau une communication avec la fistule postérieure.

3 *mars*. Rapprochement des fragments osseux de 3 mm. La plaie cutanée se ferme complètement.

A la suite d'inconduite, le malade dut quitter l'hôpital peu après et dut cesser d'être observé.

Guéri de sa pleurésie, dans des conditions générales excellentes, il est resté porteur d'une fistule très fine qui ne donne que très peu de pus, mais qui n'a pas d'autres inconvénients pour lui que de l'astreindre au port d'un léger pansement.

Il est actuellement (1884) dans le même état.

Établissant le bilan de la résection costale pour l'observation qui précède, on arrive aux conclusions que voici :

1° La résection a réalisé presque pleinement son objectif

essentiel, elle a établi l'existence d'une loge purulente de plèvre impossible à diagnostiquer à coup sûr par les moye ordinaires. Elle a permis de pénétrer dans cette cavité et l'oblitérer.

2° En rétrécissant le périmètre de la cage thoracique, résection a certainement réduit dans une large mesure les fi tules frayées au travers des plèvres et les a rendues innocente après qu'un long traitement topique avait échoué. Leur supp ration a cessé et elles ne constituent dorénavant qu'une simp infirmité.

Observation IV. — G., Jeannette, 48 ans, tailleuse.

Admission à l'Hôpital cantonal le 1er octobre 1878, sortie en juin 188

Cette longue observation se laisse résumer dans ses traits essentie strictement relatifs au sujet qui m'occupe, de la manière suivante :

Pleurésie droite datant d'une année déjà. Depuis un mois, cachex œdème des jambes. Apyrexie.

L'épanchement occupe actuellement la moitié droite du thorax s'étend devant jusqu'à la troisième côte, derrière, à l'épine de l'omopla

La matité est très considérable, les bruits respiratoires nuls sur tou son étendue, sauf dans la gouttière costo-vertébrale où on entend murmure vésiculaire faible.

5 *octobre*. Opération de l'*empyème* dans le septième espace intercos postérieur. Pus épais. Tube laveur.

7 *octobre*. Le tube tombe par accident. La plèvre est vidée, le bru respiratoire a reparu partout, la sonorité de même.

Du 7 au 13, l'épanchement se reforme. Fièvre.

14 *octobre*. Expectoration abondante, purulente. Formation d'une poc renfermant du gaz, sous l'omoplate.

Replacé un tube dans la cavité pleurale. Siphon. Lavages phéniqués.

9 *novembre*. Cavité suppurante persiste (10 et 15 cm.), occupant région postérieure inférieure, à droite.

Le 26 *novembre*, premiers accidents convulsifs à la suite d'un lavage la plèvre.

La cavité reste sensiblement la même, malgré l'emploi des agen locaux les plus variés pendant tout l'hiver. En *mars*, elle a bien 20 c de largeur sur 7 de profondeur postéro-antérieure.

Le 8 *mars* 1879, je me décide à une *intervention opératoire nouvel* Voyant l'état de ma malade stationnaire, la cicatrisation de la poc pleurale arrêtée, le thorax immobilisé, incapable de fournir une pl large part au travail de rétraction, la suppuration abondante, souve mélangée de sang, je jugeai le moment venu de pousser à la roue.

La *résection partielle* d'un certain nombre de côtes me parut indiqué

1° Pour favoriser le rétrécissement de la cage osseuse.

2° Pour crèer une ouverture propre à permettre de modifier la surface de la poche d'une façon plus complète que par les lavages seuls.

L'association de ces deux objectifs me semblait devoir favoriser la rétraction, de dehors en dedans aussi bien que de dedans au dehors, des tissus compromis.

Avec l'assistance des Drs Verrey et Chavannes, l'opération, au chloroforme, se fit comme suit : Une incision de 10 cm., horizontale, est pratiquée sous la pointe de l'omoplate, à partir de 4 cm. de la colonne vertébrale. Une autre incision, verticale, réunit le milieu de la première à la fistule. Sectionnant le muscle grand dorsal, j'arrive sur les côtes, très rapprochées et ne permettant d'insinuer aucun instrument dans leurs espaces; je suis obligé de rompre par fragments la septième côte, dont j'enlève 5 cm. par petits morceaux, ménageant l'artère et le nerf intercostaux. Une fois le chemin frayé, j'enlève la sixième côte facilement, sur une étendue de 5 cm. et en deux coups de sécateur.

L'espace ainsi mis à nu, et après ligature de l'artère intercostale de la sixième côte, j'incise largement, de manière à pénétrer avec aisance dans la poche pleurale et à pouvoir l'explorer dans toutes les directions. Elle a à peu près 10 cm. de hauteur et autant de largeur. La plèvre est énormément épaissie, très dure.

La cavité est tamponnée de bourdonnets de charpie phéniquée.

Les jours suivants, on change les bourdonnets, on place un gros drain et on recouvre la plaie d'un pansement au coton.

14 *mars*. La plaie est belle, rouge, et commence à bourgeonner. La fistule est maintenue dilatée au moyen de gros drains. Attouchements avec l'iode.

28. L'adhérence des plèvres progresse, la cavité diminue et la surface de la poche bourgeonne vigoureusement. L'état général se relève.

8 *avril*. La poche pleurale paraît presque complètement oblitérée, il ne reste qu'une fistule de 8 à 9 cm. de profondeur.

29 *avril*. La malade quitte l'hôpital sans avertissement, sous un prétexte quelconque. Elle semble en très bonne voie, et il n'est pas douteux que le résultat immédiat de l'opération ne soit très favorable. En effet, dans les deux mois écoulés depuis la résection des côtes, nous avons vu se fermer une poche qui, malgré le traitement le plus actif par les moyens ordinaires, n'avait subi que peu de changement pendant les six mois précédents.

Il n'est pas douteux que si la malade, au lieu de prendre la fuite sous l'impression de l'état maniaque développé chez elle à la suite des accidents cérébraux mentionnés en passant, eût prolongé son séjour à l'hôpital, la guérison eût été durable.

Elle ne le fut pas, ce que montre la suite de l'observation :

Le 5 *juin*, notre opérée rentra dans le service. Elle a négligé son traitement pendant cinq semaines de la manière la plus complète.

Il en est résulté une rechute, avec formation, derrière la fistule intercos-

tale, d'une *dilatation purulente*. Je replace le tube et je procède au mo de tamponnets, imbibés d'une solution de nitrate d'argent, enfoncés d l'excavation.

Le 20 *juin*, la poche s'est agrandie et le bec de la sonde y décri nouveau un huitième de tour.

Le 6 *août*, la poche s'agrandissant, je prends le parti de tenter *résection de côtes plus étendue*, pour mettre le thorax dans de meille conditions de rétraction. La première opération était de nature à n encourager vivement, et il me parut évident que si le résultat n'en a pas été complet, c'est qu'elle n'avait porté que sur une hauteur ins sante de la cage osseuse.

J'attaquai donc, dans la ligne axillaire, les sixième, septième et l tième côtes, dont j'enlevai une longueur de 3,5 cm., traversant le gr dorsal et le grand dentelé, je trouvai les côtes si étroitement resser que j'eus la plus grande peine à pénétrer dans les espaces intercosta Incisant la plèvre costale, épaisse de près d'un centimètre, je trou derrière cette membrane un vide aplati, à moitié rempli de bourge mous et perméables au doigt. J'enlevai un carré de 1,5 cm., mettant a à nu la plèvre pulmonaire. Pansement au coton phéniqué.

Les jours suivants, tout alla bien, pas de fièvre, la plaie a bonne a rence.

Le 10 *août*. La rétraction de la paroi thoracique paraît se faire très r dement. On sent le poumon immédiatement derrière la plaie osse tandis que le 6 août on promenait l'index dans la cavité qui était grande qu'on ne le supposait.

Par malheur, le 13 *août*, se déclare une lymphangite diffuse, accon gnée d'une apparence grise de la surface de la plaie, de haute fièvre répandue par toute la surface du dos, puis de la poitrine, et enfin membres. Cette fâcheuse complication dure deux semaines et se term par la formation d'abcès sous-cutanés multiples. Sous cette influence cicatrisation subit une régression marquée, et la cavité s'étend en sept bre, de nouveau, et sa limite supérieure répond au milieu de l'omopl Sa profondeur antéro-postérieure est presque nulle, c'est-à-dire qu'elle représente qu'une lame creuse. Après une série de bains de thymol, d jections iodées, la poche diminue un peu; le rapprochement des c s'opère et le rétrécissement du thorax continue, comme le prouve la di nution du périmètre ainsi que le déplacement de la fistule d'arrière avant, et le raccourcissement du diamètre vertical. L'état général est l

La malade est renvoyée chez elle par mesure administrative le 7 déc bre.

Elle rentre le 6 *janvier* 1880.

La poche s'est resserrée, elle a diminué en hauteur et en largeur, r elle suppure encore. Les tentatives d'injections irritantes sont mal tolér elles provoquent facilement un état syncopal avec contracture mâchoires et déviation des bulbes. On se voit forcé d'y renoncer.

14 *février*. La rétraction osseuse est arrivée à son maximum, l'état de la plèvre reste le même et la poche s'étend en haut jusqu'au milieu de l'omoplate, de côté, à la ligne axillaire. La profondeur est minime.

L'état du poumon paraît satisfaisant, la percussion est légèrement tympanique sur la zone correspondante à l'écartement des plèvres, mais le bruit vésiculaire existe jusqu'à la base.

En *avril*, état stationnaire.

En *juin*, la malade refuse obstinément de se soumettre à une nouvelle opération, de laquelle on pourrait encore attendre un progrès. Elle quitte l'hôpital.

Considérée au point de vue des résultats de la résection costale, cette observation peut se résumer comme suit : Le cas était très ancien, le poumon refoulé depuis longtemps et immobilisé, les plèvres considérablement épaissies. L'évacuation du pus est insuffisante pour les rapprocher. La première résection, trop peu étendue n'a opéré qu'un rétrécissement thoracique insuffisant, mais fort utile néanmoins sur la zone restreinte sur laquelle elle a porté. La seconde résection a opéré la cicatrisation d'une grande partie de la poche qui subsistait dans la région moyenne. Elle était même en bon chemin de l'amener complète, lorsque la lymphangite est venue tout enrayer, et alors que les fonctions nerveuses, gravement altérées, ont provoqué une atonie générale qui a frappé le travail de cicatrisation.

Je crois, d'après l'exemple d'autres cas, que, si d'emblée et comme je l'ai fait plus tard, j'avais pratiqué l'ablation de segments de quatre à cinq côtes au lieu de n'en enlever que deux, j'aurais favorisé la guérison dans une bien plus large mesure.

La seconde résection, pratiquée en dehors de la région correspondante à la plus grande dimension de la poche, a quand même été utile, en permettant la rétraction générale du thorax.

L'intervention opératoire a dans tous les cas réduit les proportions de la poche pleurale, de façon à en amoindrir considérablement les inconvénients ultérieurs et le retentissement sur la constitution de la malade, qui vit encore et conserve sa fistule.

Observation V. — Martinet, Louis, 22 ans, détenu, entre à l'Hôpital cantonal, gravement malade, le 28 mai 1880.

Depuis le mois de *mars* 1879, point du côté gauche, pleurésie, qui permet le travail jusqu'en décembre. Aggravation générale, amaigrissement,

œdème des pieds et de la face. Épanchement dans la plèvre gauc remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Une ponction donne quelq gouttes de liquide séreux.

25 *juin*. Les allures de la maladie, la formation d'une scoliose, le r prochement des côtes, la matité absolue et très dense, nous confirm dans l'idée de la nature purulente de l'épanchement. Nouvelle *ponct* pus épais.

L'épanchement occupe les parties inférieures postérieures et latér de la moitié gauche du thorax, et atteint dans la région antérieure ligne mamillaire. La hauteur est de 13 centimètres.

Il n'y a pas d'apparence de pneumothorax. Le liquide paraît franc bien enkysté. Opération par *incision* dans le quatrième espace intercos ligne axillaire. Les côtes sont si serrées que l'on ne peut faire passe bistouri ; je suis forcé de réséquer 2 cm. de la sixième côte pour p voir pénétrer dans la plèvre.

Pus fétide. Lavage à l'acide borique, gros tube, pansement de Lis

Pas de détails à relever dans le traitement et la marche ultérieure, s persistance de la fièvre et de fréquentes périodes de fétidité.

23 *septembre*. La cavité pleurale diminue, mais la fistule est remplie bourgeons qui ne se cicatrisent pas ; elle est en forme de clepsydre e portion étroite se trouve au niveau de la côte réséquée. Elle s'étend arrière de ce point à 4 centimètres.

J'enlève, pour donner du jour et permettre de pénétrer dans l'arriè cavité, un fragment de 1 ½ cm. de la septième côte ; cela fait, je rug la fistule et j'extrais une quantité de bourgeons mous et ternes. Un dr est passé de la fistule pleurale dans la nouvelle voie frayée aujourd'hui.

14 *octobre*. La fistule supérieure ne se guérit pas, elle se coiffe bourgeons pâles et fanés, ceux de la fistule inférieure sont pâles auss manquent de ton. Je procède à une nouvelle opération, qui consist enlever d'une *incision ovalaire* toute la cicatrice et le champ des d fistules. Je suture les angles de cette ablation de 8 cm. et je recouvre tout d'un pansement de Lister. Les conséquences de cette opération ét été favorables. La poche pleurale s'est fermée sous l'impression résections costales, quoique celles-ci fussent peu étendues. Quant à fistule qui menaçait de durer fort longtemps, elle s'est refermée rapi ment après l'ablation des tissus lardacés et des mauvais bourgeons qui revêtaient les parois. Avec le pansement de Lister et quelques cautéri sions au nitrate, cette fistule s'est rapidement modifiée, elle était comp tement guérie le 20 décembre.

Les caractères d'atonie du champ des diverses opérations que rapportées ici ont peut-être trouvé leur raison d'être dans le mauv terrain, la constitution du malade usé par le régime de la prison ; partie aussi dans l'évolution, déjà commencée alors, d'une péritonite chronique, tuberculeuse, à laquelle le sujet a succombé quelques mois après.

Observation VI. — Ménétrey, Jules, 40 ans, journalier, entre à l'hôpital le 28 mars 1882.

Symptômes pleurétiques depuis le milieu de *février*.

Homme de forte taille, de complexion robuste.

Matité absolue à la base gauche, souffle pleurétique. Dislocation du cœur à droite, quand même la matité n'augmente pas en avant. La dyspnée en désharmonie avec l'étendue de l'exsudat de la plèvre, le pouls irrégulier, un flot cardiaque à l'épigastre, les battements désordonnés des carotides, font d'abord supposer une affection du cœur. M. le Dr de la Harpe, qui me remplaçait à ce moment-là, administra de la digitale. Les symptômes cardiaques disparurent, les manifestations pleurétiques suivirent leur cours.

Le 15 *avril*, l'épanchement est bien caractérisé, il est pulsatile, occupe la région latérale gauche, à partir de la cinquième côte, et la région postérieure à partir du milieu de l'omoplate. Trace d'exhalation gazeuse occupant le bord supérieur de l'épanchement.

Œdème de la paroi thoracique gauche.

Fièvre modérée, 38°,5 le soir, 37° le matin.

Je pratique une *incision* dans le huitième espace intercostal, sous la pointe de l'omoplate, et j'introduis sans difficulté un gros tube laveur par lequel s'écoule une grande quantité de pus épais et sans odeur. Pansement antiseptique.

16 *avril*. Signes manifestes de *pneumothorax* à la région antérieure gauche. Douleur vive à gauche du sternum. Un peu de dyspnée.

Lavage au chlorure de zinc 2 ‰.

17 *avril*. Pus épais, rosâtre. Limites du pneumothorax moins étendues, le recollement des plèvres s'opère dans la région axillaire. La fièvre est tombée.

Marche ultérieure régulière. Pas de particularités à relever.

28 *avril*, à noter : une zone large comme la main, au tiers moyen de l'omoplate, donne des signes amphoriques sourds et répond évidemment à une lame gazeuse avec faible écartement des plèvres. Sur la région inférieure du thorax, la poche est plus vaste. Dans l'aisselle, la poche pleurale est refermée.

1er *mai*. Sans cause appréciable, sans fétidité du pus, sans altération de la plaie, il s'est opéré une transformation dans les allures de la poche pleurale, elle est plus vaste, la zone hydroaérique s'est étendue, notamment dans la région antérieure et latérale et au sommet. Il y a de la fièvre. J'enlève le tube laveur, je le remplace par un drain et je l'enveloppe dans un pansement ouaté antiseptique complet, après avoir lavé la plèvre avec une solution phéniquée au 1 %.

L'état général qui avait baissé se relève rapidement, la fièvre disparaît, mais la poche reste vaste, quoique le rétrécissement du thorax marche activement. La sonde pénètre jusqu'au mamelon, mais n'arrive dans le

sens de la hauteur qu'à deux doigts au-dessus de la pointe de l'omoplate. (13 mai).

19 *mai*. La poche doit avoir 10 à 12 cm. de hauteur, elle occupe la base latérale et inférieure du thorax.

Douleurs assez vives dans le côté, dyspnée.

24 *mai*. Poche pleurale toujours très vaste, elle s'est de nouveau étendue davantage, atteint en avant le mamelon, en haut s'arrête à deux doigts au-dessous de l'épine de l'omoplate. Les côtes sont étroitement resserrées, et le travail de rétraction semble avoir atteint, du côté de la paroi thoracique, ses dernières limites. D'autre part, l'état général du malade ne me satisfait pas, le facies est souvent altéré, il y a beaucoup de fatigue, l'appétit baisse, la réparation générale est incomplète.

Les injections et le lavage de la poche qui sépare les plèvres n'ont abouti à aucun progrès.

Dans ces conditions défavorables, je me décidai à la *résection étendue des côtes*, comme moyen de rétrécir le thorax, de permettre aux côtes de poursuivre leur rétraction arrêtée et de pousser la paroi thoracique au-devant du poumon, celui-ci restant immobile. Il est évident que, avec cet objectif-là, l'opération, pour être fructueuse, devait enlever une douve large et longue.

Voci la description de cette opération qui peut être considérée comme très démonstrative et tout à fait régulière :

Une première incision de 10 cm. dans le quatrième espace intercostal, ligne axillaire, traversant la peau, l'aponévrose, tombe dans le triangle compris entre l'expansion du grand pectoral et le bord du grand dorsal, le bistouri sépare ensuite les fibres du grand dentelé, avec une faible perte de sang, et arrive sur l'espace intercostal. J'incise alors le périoste de la cinquième côte, je l'écarte avec une rugine tranchante, et je fais passer l'écarteur mousse en lui frayant un passage, entre le périoste et l'os, tout autour de la côte jusqu'à en faire reparaître la pointe entre le paquet vasculo-nerveux et la côte. Celle-ci est alors réséquée en deux coups de sécateur, sur une longueur de 5 cm., 5. La quatrième et la sixième côtes sont enlevées de même, mais avec grand peine, vu leur resserrement, sur une longueur de 6 centimètres.

Une deuxième incision, faite à 6 cm. en dessous de la première, traverse de même le grand dentelé et permet d'enlever les septième, huitième et neuvième côtes, sur une longueur de 6 cm. environ.

Six côtes ont été ainsi réséquées sur 5 cm., 5 à 6 cm., au moyen de deux incisions seulement. La plèvre n'a pas été ouverte.

Pansement de Lister après lavage des plaies au chlorure de zinc fort, et suture de drains dans chacune des lacunes osseuses. Sutures métalliques nombreuses sur les incisions de la peau.

Le pansement est changé les jours suivants, dès qu'il est transpercé, et l'on injecte dans tous les drains une solution de 2,5 ‰ de chlorure de zinc.

Pas de fièvre, marche régulière.

Le 28 *mai*, j'ôte les fils. Les plaies semblent réunies par première intention. Il s'écoule très peu de pus inodore de la cavité pleurale.

30 *mai*. L'aplatissement du contour du thorax est déjà appréciable.

2 *juin*. La cavité *a beaucoup diminué*, la sonde n'y a presque plus de jeu latéral, et le rapprochement des plèvres est rapide.

7 *juin*. On enlève les drains, sauf celui de la grande fistule. La poche pleurale se cicatrise rapidement.

12 *juin*. Les progrès continuent, cependant le pus qui s'écoule de la cavité pleurale en petite quantité n'a plus aussi belle apparence que précédemment.

Le malade a commencé à tousser et à expectorer des matières très spumeuses. Pas de points.

16 *juin*. La sonde pénètre d'arrière en avant à 12 cm., mais elle n'a plus aucun jeu dans le sens latéral.

Le thorax est manifestement aplati et le sternum se dévie à droite.

21 *juin*. Toutes les plaies de la résection sont fermées. La diminution de la poche pleurale est régulière et générale, elle s'opère dans tous les sens; la sonde n'y a presque plus de jeu dans les directions inférieure, interne et supérieure. Poussée directement d'arrière en avant, elle pénètre à 13 centimètres.

Le côté gauche est très aplati, et le mamelon gauche s'est rapproché de la ligne médiane de 2 centimètres.

L'auscultation est normale, le bruit vésiculaire net, les vibrations vocales sont aussi constatées avec une légère diminution d'intensité sur tout le côté gauche.

Le 8 *juillet*, la fistule n'a plus que 8 cm. de profondeur, la soudure des côtes semble absolue. Rétrécissement de 6 cm. à gauche.

22 *juillet*. J'enlève le dernier fragment du drain. État général parfait.

2 *août*. Le malade quitte l'Hôpital, entièrement guéri. La région des côtes réséquées est absolument solide, ne laisse percevoir aucun défaut de résistance et aucun enfoncement local. Une rétraction très satisfaisante a amené le rapprochement des extrémités osseuses et leur soudure.

La déformation du côté gauche du thorax est considérable, elle se manifeste au premier coup d'œil par l'aplatissement de la région latérale, puis par le rapprochement de l'omoplate de la colonne vertébrale et, enfin, par un volumineux bourrelet formé par le bord du grand pectoral qui ressort en saillie sur le creux formé par les côtes raccourcies.

La fonction musculaire est du reste intacte, le bras est fort.

La fistule est fermée.

La sonorité du côté gauche est à peu près normale, sauf dans la région inférieure postérieure où elle est légèrement diminuée par les épaississements pseudo-membraneux de la plèvre. Bruit vésiculaire partout.

La guérison absolue s'est maintenue.

Observation VII. — Giamboni, Alexandre, peintre en bâtiments, Italien, domicilié à Lausanne.

Entré à l'Hôpital cantonal le 27 juin 1883.

Antécédents (Dr Berdez). Soigné par le Dr Rogivue à partir du mois de février, pour une pleurésie gauche avec épanchement dont la nature resta indéterminée. Au bout de six semaines, expectoration purulente abondante, après laquelle l'oppression diminua, mais la toux persista, ainsi que l'amaigrissement et la décadence des forces.

État du malade à son entrée à l'hôpital :

Corps amaigri, délicat. Pas de signes d'infiltration du poumon. Diminution de l'expansion respiratoire à gauche, surtout dans les parties inférieures. En arrière et dans le côté, matité relative à partir de la quatrième vertèbre dorsale, descendant obliquement jusqu'à la ligne mamillaire. Une matité absolue part de la septième vertèbre dorsale, passe sous la pointe de l'omoplate et occupe toute la région inférieure. Dans la zone de matité relative, le murmure vésiculaire et la vibration vocale sont considérablement affaiblis, pour disparaître dans la zone de matité absolue.

Pas de souffle, pas d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone.

Légère scoliose à concavité gauche dans la colonne dorsale.

L'expectoration a lieu de temps en temps, tous les jours ou tous les deux jours, elle est franchement purulente et la quantité s'en élève à 300 grammes chaque fois.

Tendance à la fièvre vespérale.

30 *juin*. Après une abondante expectoration, l'auscultation et la percussion du côté gauche se sont un peu modifiées. En résumé je constate :

1° A la hauteur de la troisième et quatrième dorsales, une zone à retentissement amphorique doux, sans altération du son de la percussion.

2° De la quatrième à la septième, une zone avec retentissement métallique de la toux et obscurité de la respiration. Submatité tympanique.

3° De la septième à la douzième, matité, bruit vésiculaire obscur.

Et je diagnostique : une pleurésie purulente avec un épanchement occupant la base, une vomique située sous l'omoplate et s'étendant jusqu'à la ligne axillaire. Cette vomique s'étend en surface (14 cm. sur 16), son diamètre antéro-postérieur n'est pas très étendu, elle doit être limitée par des fausses membranes épaisses.

5 *juillet*. *Thoracotomie avec résection* de 1 ½ cm. de la huitième côte dans l'angle costal, puis ponction dans le vide correspondant au fragment de côte enlevé; trouvant du pus, j'incise largement le même espace, je ne fais pas de lavage, mais je place un drain et je recouvre la plaie d'un simple pansement ouaté salicylé. Pus verdâtre, sans odeur. Je constate bien l'existence d'une vaste cavité qui s'étend jusqu'à la ligne axillaire et bornée en haut par la limite de la matité.

Le traitement se poursuit avec une simple pulvérisation phéniquée toutes les fois qu'on change le pansement. Pas de lavage de la plèvre.

9 *juillet*. L'expectoration a cessé. La fistule semble diminuer.

20 *juillet*. La sonde pénètre difficilement dans l'ouverture de la fistule, mais a encore passablement de jeu dans l'intérieur.

Le bruit vésiculaire s'entend partout, atténué à la base; plus de bruit de souffle amphorique. La vomique se réduit.

25 *juillet*. Les progrès sont lents. Le recollement des plèvres se fait, mais avec une extrême lenteur, et depuis hier il y a de nouveau un peu de toux avec expectoration purulente jaune verdâtre.

Je me décide à une *résection des côtes*, désirant accélérer la guérison et ne pas laisser le malade courir les chances défavorables des rétentions purulentes probables et d'une longue suppuration.

Le 28 *juillet*, je procède à la *résection de cinq côtes*, dans la ligne axillaire, en commençant par la quatrième et terminant par la neuvième. De la quatrième, j'enlève 2 cm.,5, de la cinquième, 4 cm., et des trois dernières, 4 cm.,5. L'incision inférieure est mise en communication par un drain avec l'incision du 5 juillet. Cette opération est faite avec deux incisions cutanées et musculaires seulement.

Drains dans chacune des incisions.

Pansement ouaté.

1er *août*. Pansement renouvelé pour la première fois.

Les tissus sont passablement tuméfiés.

3 *août*. On change les drains de la plaie postérieure et enlève ceux de la plaie latérale.

On remplace le pansement tous les trois ou quatre jours.

11 *août*. État général excellent. La sonde, introduite dans la plaie inférieure, a peu de jeu dans la cavité, elle constate encore une petite dilatation à la base du sac pleural. Le bruit respiratoire est normal, sauf à la base où il est encore très faible et où on perçoit un léger frottement.

On raccourcit les tubes.

21 *août*. Les plaies sont guéries. L'incurvation de la colonne s'opère vigoureusement.

27 *août*. Rétention de pus derrière la cicatrice cutanée. On réintroduit un tube drain avec beaucoup de peine et on y pratique quelques injections à l'acide phénique, puis au nitrate d'argent.

Le 18 *septembre*, le drain tombe, toutes les plaies sont fermées, aucune suppuration. La guérison est complète. État général parfait. Toux et expectoration nulles. Bruit respiratoire normal en étendue et qualité, sauf un peu d'obscurité à la base. Percussion moins pleine à la base gauche qu'à la base droite, mais sonore quand même.

La scoliose à concavité gauche est très manifeste, on ne perçoit aucune lacune ni diminution de résistance sur la portion du thorax dont les fragments de côtes ont été enlevés, et selon toute évidence les os sont rapprochés et soudés. La vomique pleurale est oblitérée.

Ce résultat si favorable et si rapide a été obtenu en 58 jours, à partir du jour de la thoracoplastie.

Observation VIII. — M. F., 28 ans.

L'observation, jusqu'à l'opération de la résection, a été rédigée d'après les notes de M. le Dr Ferrière, de Genève.

Antécédents. Santé robuste. Disposition catarrhale, à 15 ans affection aiguë des organes respiratoires avec expectoration sanguinolente qui dure six semaines. En 1878, campagne de l'Herzégovine, fatigues de la guerre, dysenterie et fièvre typhoïde. En avril 1879, retour de la guerre, toux presque continuelle. En 1881, en été, douleur au côté de temps en temps, toux fréquente. Quitte Londres pour l'Australie où on lui promet la guérison. En mars 1882, forcé de quitter son bureau, à Melbourne, la toux étant devenue persistante. Séjour dans les montagnes Bleues, amélioration de l'état général. En mai, à Sidney, état aigu, point violent sous la clavicule droite, toux continuelle, danger. Reste dès lors faible et amaigri, souffrant d'oppression pendant la marche. Les médecins qui ont soigné le malade en Australie l'ont tous déclaré tuberculeux et aucun n'a parlé de pleurésie.

En 1882 (juillet), M. F. s'embarque pour l'Europe et arrive à Genève en septembre. On y constate : forte dyspnée, développement considérable du thorax à droite, dans la région sus-hépatique, matité en avant, à droite, jusqu'à la quatrième côte, en arrière, jusqu'à la pointe de l'omoplate. Dislocation du cœur et du foie de trois travers de doigt à peu près.

A l'auscultation, respiration exagérée à gauche, presque abolie à droite, partout, sauf dans la région sus-épineuse où elle est encore, mais faiblement perceptible. Pas de râles.

Le diagnostic porte : épanchement pleurétique sans enkystement.

Le 12 *septembre* 1882, *ponction* au Potain, 2 ½ litres de liquide séro-purulent. Soulagement de la toux.

26 *septembre*, nouvelle *ponction*, liquide encore moins purulent que la première fois. Frottement pleurétique dans la région sus-épineuse.

14 *octobre* 1882. Troisième *ponction* (400 gr. de liquide séreux). A la fin de l'opération, sans perception d'aucune sensation spéciale, arrive un flot d'air dans le tube. On note une percussion sonore, avec bruit de pièces de monnaie, dans un espace restreint de la région sus-hépatique, et on conclut à une petite cavité enkystée contenant de l'air.

27 *octobre*. Quatrième *ponction*, 300 grammes.

7 *novembre*. Cinquième *ponction*, 400 gr. de liquide séro-purulent.

10 *novembre*. Le *pneumothorax* s'accuse avec dislocation des viscères.

11 *novembre*. Sixième *ponction*. Il s'échappe beaucoup d'air sans odeur et 500 gr. de liquide purulent.

13 *novembre*. Perception d'un bruit de fistule pleuro-bronchique. Établissement d'une canule avec tube siphon.

Depuis le 21 *novembre*, le pus prend de l'odeur, paquets de fausses membranes. Le tube s'obture fréquemment. Hautes températures.

25 *novembre*. *Pleurotomie* dans le septième espace intercostal. Bains deux fois par jour, lavage phéniqué, acide borique, chloral.

Pendant les 15 jours qui suivent s'éliminent d'énormes paquets de membranes, la température descend de 39° et 40° à 38°, et l'état général s'amende. Dans la position horizontale la cavité renferme de 5 à 600 gr. de liquide.

La fistule paraît oblitérée jusqu'au 4 décembre, puis se rouvre après un effort de défécation.

7 *décembre*. L'état s'améliore. On peut inspecter la cavité pleurale. A 8 ou 10 cm. de la place on voit le poumon recouvert de minces fausses membranes, le diaphragme qui s'est relevé depuis la pleurotomie forme un plancher fortement convexe. Entre l'incision et l'insertion du diaphragme, il n'y a qu'un cul-de-sac insignifiant. En arrière, la sonde ne rencontre la base du poumon qu'à 6 ou 8 cm. environ au-dessus du diaphragme.

A l'auscultation, on n'entend presque rien dans la région antérieure, sauf au-dessus de la clavicule. En arrière, la respiration est nette, bien qu'affaiblie, dans la région sus-épineuse, et va en diminuant en descendant; elle est nulle à la base et dans le côté. La percussion donne un bruit aérique partout, sauf dans la région de l'épine de l'omoplate.

Des essais d'aspiration du poumon par appareil ventouse ne sont pas tolérés.

8 *décembre*. Grand *frisson* avec température de 39°,9.

14 *décembre*. Apparence de la cavité bonne, teinte générale rose, par place de petits enduits blanchâtres. On ne voit par la plaie que la paroi intrapariétale de la plèvre, contre laquelle on voit les battements du cœur.

28 *décembre*. Réduction des drains à deux petits tubes courts. État général passable. Auscultation reste la même. La fistule pleuro-bronchique paraît oblitérée.

Le pus est clair et séreux.

12 *janvier*. Canule d'argent ouvrant dans un sachet de caoutchouc. Forces et appétit satisfaisants.

1er *mars*. Départ pour Menton.

Juillet. A l'auscultation : extension du bruit vésiculaire en arrière jusque près de la base normale, en avant murmure faible et éloigné. Rien aux sommets. Écoulement journalier de 50 à 80 gr. d'un liquide séro-purulent.

L'hiver 1883-1884 n'amène que peu de changement. En mai 1884, retour à Genève. La cavité pleurale est évaluée à 200 c. c. à peu près. On décide l'essai d'eau minérale sulfureuse pour activer le travail de retrait de la poche par les granulations, et le malade est envoyé à Yverdon.

Je le vois fin juin avec M. le Dr Mermod.

Mon examen fut concluant en faveur d'une intervention opératoire, capable, si ce n'est de guérir absolument, du moins d'améliorer d'une façon sensible l'état très précaire de M. F.

Grand, maigre, ce jeune homme présentait le faciès tuberculeux dans les traits généraux, le thorax aplati, très déformé du côté droit, ne laissait cependant reconnaître aucun signe certain d'infiltration du poumon, et on pouvait admettre que la pleurésie chronique à elle seule pouvait s'être chargée des altérations, soit générales, soit locales.

Le côté droit du thorax est occupé par une *vaste cavité* dont les signes de percussion s'étendent de la troisième à la sixième côte, et de deux doigts en dehors de la ligne médiane à la ligne axillaire. Cette poche mesure 14 cm. de hauteur sur 12 de largeur. La sonde plonge à 13 cm. de profondeur par une fistule située dans le sixième espace intercostal, ligne axillaire antérieure.

A l'angle supéro-interne de cette poche se perçoit un bruit de *fistule pleuro-bronchique* bien distinct.

Le thorax est rétréci, les côtes très serrées, le sternum dévié en dehors, la colonne vertébrale dorsale en scoliose avec convexité gauche.

Selon toute probabilité, le rétrécissement du thorax avait atteint son maximum approximatif, et en *toute certitude*, étant donné ce rétrécissement, il n'y avait plus aucune possibilité de voir la cavité laissée dans la cavité pleurale par une durée de maladie de *deux ans* se combler par le rapprochement des os et des deux plèvres.

M. F. consentant à l'opération, jugée du reste opportune par M. le Dr Mermod, je la pratiquai le 9 juillet avec l'assistance précieuse de M. le Dr Ferrière, de MM. les Drs Mermod et de la Harpe.

M. de la Harpe voulut bien se charger du chloroforme.

Au moyen de trois incisions successives dans la région latérale, je pus, sans trop de difficultés, enlever des fragments, d'abord des sixième et septième côtes, puis de la huitième, puis de la quatrième et cinquième, par mon procédé habituel, décrit plus haut. L'hémorragie fut modérée, la respiration resta régulière, le pouls aussi, pendant les deux heures que dura l'opération et l'administration du chloroforme.

Je plaçai dans chaque incision un drain, suturai les plaies et recouvris le tout d'un pansement antiseptique.

Les fragments enlevés sont de 4 cm., 5 à 6 cm., 5.

Je n'ai pas à rapporter ici tous les détails du traitement ultérieur. Voici la marche sommaire :

Apyrexie, plaie aseptique, les fils sont enlevés au quatrième jour. Le cinquième, légère rétention de pus et fièvre passagère.

Au douzième jour, douleurs assez pénibles dans la profondeur du thorax. La sonde a moins de jeu, surtout dans la région moyenne et inférieure de la cavité. On n'entend plus le bruit de fistule sur le troisième espace intercostal, et l'air qui pénètre par le tube ne provoque pas de toux.

Quinzième jour, 24 *juillet*. Plaies fermées, la fistule pleuro-bronchique paraît oblitérée. L'écoulement du pus se fait régulièrement.

27 *juillet*. L'opéré va à Montreux. Le bruit respiratoire descend beau-

coup plus bas qu'auparavant et atteint la cinquième côte, en avant. A la toux, un très léger bruit de goutte entre la troisième et quatrième côtes. La vibration et la résonance vocales très exagérées dans cette région, mais il n'y a plus de bruit cavitaire net. État général bon.

Le périmètre de la moitié du thorax, à la hauteur de la plaie, est de 36 au lieu de 38, à l'aisselle, 35 au lieu de 38,5.

13 *août*. Forte scoliose à gauche. Le rétrécissement du thorax atteint 34 cm. à la plaie. La sonde accuse une rétraction active de la cavité, où elle ne joue plus que dans un arc de 15° à 20°.

Le malade a éprouvé de fortes douleurs dans le côté et le dos, à droite surtout, un peu aussi à gauche. Ces douleurs ont été plus fortement ressenties après quelques injections iodées.

La cavité ne jauge plus que 150 gr. à peu près.

16 *septembre*. Le retrait n'a plus fait de progrès. La cavité sondée avec le stylet semble à peu près la même qu'il y a un mois. Le pus est inodore, peu abondant. Les plaies cutanées se sont légèrement rouvertes à la surface.

La thoracoplastique a obtenu ce que l'on en pouvait attendre, étant donnée l'extension de la résection. On n'eût pas pu aisément enlever un plus grand nombre de côtes ou des fragments beaucoup plus longs.

Une seconde opération serait justifiée par le succès relatif de la première.

Le 23 *octobre*, le Dr Ferrière m'écrit :

« Depuis son arrivée à Genève, l'état de M. F. s'est sensiblement amélioré, les forces ont gagné, et les petites plaies extérieures tendent à disparaître. Toutefois la cavité a toujours une certaine étendue (10 cm. de profondeur et 3 à 4 de largeur, autant que l'on en peut juger); un léger rhume ayant amené des accès de toux, j'ai constaté un jour le bruit spécial de la fistule pleuro-bronchique, qui n'est donc pas oblitérée. »

4 *novembre*. Progrès général. La scoliose a encore augmenté, le diaphragme s'est relevé et la rétraction avance de nouveau. La cavité est fort réduite (10 cm. de profondeur sur 2 de largeur), elle s'étend obliquement de la fistule dans la direction du cartilage de la troisième côte. Le bruit respiratoire est actif et vigoureux, du sommet à la quatrième côte, à la région antérieure, et à la région postérieure, du haut en bas.

La fistule pleuro-bronchique n'est pas fermée, mais elle est rétrécie.

La surface de la cavité est toujours très impressionnable, et l'entrée de l'air par la fistule externe provoque toujours un accès de toux violent lorsqu'on enlève le pansement. Chaque matin et soir il s'écoule une petite cuillerée de liquide séreux jaunâtre.

Pas grand changement pendant l'hiver 1884-1885 à l'été 1885.

On enlève le drain en été. Le rétrécissement est allé en s'accusant encore davantage, le cavité est insignifiante et on n'entend plus le bruit de fistule. État général favorable. Adhérence presque partout.

M. F. part pour Madère et m'écrit en décembre qu'il continue à pro-

gresser. La plaie se rétrécit et ne donne plus qu'une cuillerée à café de pus dans les 24 heures. Un examen microscopique de ce liquide permet d'y reconnaître des bacilles tuberculeux. Malgré cela l'état général est très satisfaisant.

De l'adaptation de la résection costale au traitement des fistules pleurales.

J'ai eu en vue, jusqu'ici, dans le cours de cette étude, les rapports de la résection costale avec les excavations de la plèvre, et j'ai cherché à démontrer comment on peut parvenir à les guérir ou à les améliorer.

Il me reste à voir dans quelle mesure les mêmes moyens peuvent être invoqués lorsqu'il s'agit non plus de cavités bien et dûment reconnues dans leur capacité et leur forme, mais de trajets fistuleux dont il est parfois fort difficile d'apprécier l'étendue et l'importance.

J'exposerai sommairement la pathogénie des fistules pleurales et leur traitement opératoire.

1° *Fistules externes.*

Nées de la pénétration spontanée du pus pleural au travers de la plèvre costale et de la paroi thoracique, ou de l'opération de l'empyème, ces fistules peuvent persister bien au delà du moment de l'oblitération du foyer purulent pleural. On ne paraît pas s'être occupé jusqu'à présent des circonstances qui président à leur chronicité, on s'est contenté de noter le fait que la fistule peut subsister après des pleurésies purulentes simples et traitées de la manière la plus correcte, alors que d'autres cas en apparence plus graves et plus compliqués marchent à la guérison sans encombre, sans laisser de trajets fistuleux à leur suite. Nous verrons si l'on ne peut aller un peu plus loin et se rendre compte des causes.

La fistule externe peut revêtir *trois formes:* elle peut n'intéresser que l'espace intercostal et se terminer sur la plèvre costale en fistule borgne, ou bien elle traverse la plèvre costale et forme dans les fausses membranes un petit cul-de-sac, ou enfin elle s'épanouit en poche, en réceptacle renfermant du pus et des

granulations molles, soit au-dessous de son point d'émergence au travers de la plèvre costale, soit dans l'espace interlobaire. Cette dernière variété n'est que l'exagération de la seconde.

La *fistulette borgne,* qui n'intéresse que l'espace intercostal, ne constitue qu'une légère infirmité sans conséquence. Elle peut guérir par les injections astringentes, la liqueur de Villate, la cautérisation au nitrate d'argent, et surtout par le curage à la cuiller tranchante. Lorsqu'elle résiste à ces moyens, c'est qu'elle est probablement entretenue par une périostite légère ou par une exfoliation de la côte. La rugine en aura raison.

La *fistule qui s'épanouit entre les feuillets pleuraux* a une importance plus grande et doit sérieusemeut attirer l'attention, car elle est une source de complications fâcheuses.

Sa chronicité provient de deux causes, l'altération des tissus, ou la persistance d'un petit foyer de suppuration interpleural, dont la fistule est l'exutoire forcé.

Les tissus, soit la plèvre costale, les muscles intercostaux et la peau, subissent une *transformation fibro-lardacée,* sous l'influence du contact prolongé des tubes de caoutchouc et de certaine négligence des pansements.

Voici ce qui se passe : une fois la thoracotomie pratiquée, l'écoulement assuré par le moyen d'un gros drain ou d'un tube laveur, les soins ultérieurs sont facilement confiés à l'infirmier, puis au malade lui-même, qui, lorsqu'il est convalescent et encouragé à profiter du grand air, n'est pas toujours présent à la visite.

Il en résulte que les tubes restent en place trop longtemps, sans être changés ni lavés. Or le caoutchouc, au contact constant du pus, acquiert bientôt des propriétés irritantes d'où naît l'altération lardacée de la peau d'abord, puis du trajet intercostal tout entier. Lorsque cette transformation des tissus s'est opérée, les caustiques et les détersifs chimiques n'y peuvent plus rien, le grattage à la cuiller même échoue.

L'expérience de deux cas opérés m'a démontré que nous possédons dans l'*excision du trajet* le vrai moyen de guérir les fistules qui ont l'origine décrite plus haut. Cette opération facilitée par la *résection d'une ou de deux côtes,* suivant la longueur du trajet, a pour objectif d'enlever toute l'épaisseur des tissus dégénérés pour les remplacer par des granulations saines, vigoureuses, et susceptibles d'une rapide cicatrisation.

Je suppose maintenant le cas d'une fistule *entretenue par un*

foyer intrapleural. L'oblitération de la cavité pleurale semble achevée, il n'y a plus de cavité appréciable par les moyens de diagnostic usuels, la sonde butte à 6 ou 8 centimètres de l'ouverture du pertuis, l'auscultation et la percussion sont muettes. On trouve dans le pansement, le matin, une quantité minime de pus, une ou deux cuillerées à soupe. Malgré les injections astringentes, l'écoulement continue pendant des semaines, puis des mois, sans changement appréciable dans les indices locaux. Toutefois, un beau jour, il survient un léger mouvement fébrile passager, de l'anorexie, le côté devient plus sensible, le malade se met à tousser. En même temps, la quantité quotidienne de pus s'accroît; au lieu d'un pus séreux, inodore, jaunâtre, on trouve dans le pansement un liquide épais, roussâtre, possédant une légère odeur.

La sonde est introduite de nouveau, mais elle pénètre plus avant et on finit par constater que son extrémité recourbée plonge dans une ampoule. On ausculte, on percute, et l'on n'entend rien d'anormal.

Que fait alors le chirurgien ?

Il cherche à dilater le pertuis, au moyen d'une sonde, ou à l'aide de la laminaire, puis il injecte de la teinture de iode ou de la liqueur de Villate. Le résultat est bon en apparence, mais au bout de quelques jours il revient au *statu quo.* On a alors recours au curage, et on retire de la portion de la fistule qui est abordable des granulations molles, atones, saignantes.

Les ressources sont épuisées, l'ampoule reste, elle se remplit à nouveau de tissu fongueux, puis se pénètre de pus et se vide à moitié, ainsi de suite. Cependant, chaque fois, le foyer grandit, descend le long de la paroi thoracique ou s'étend dans l'espace interlobaire, il n'est pas rare alors de voir le pus se frayer un chemin au travers du poumon et la fistule externe se transformer en fistule interne, au grand détriment du pronostic.

Il est d'autant plus important d'attirer l'attention des praticiens sur les allures de cette affection qu'elle est plus *insidieuse.*

En effet, les perturbations générales qu'elle produit sont fugitives et irrégulières, les symptômes locaux, l'écoulement purulent excepté, très peu appréciables. L'ampoule, pleine de granulations qui absorbent le pus comme une éponge, ne reçoit pas d'air et ne peut par conséquent donner lieu au moindre phénomène stéthoscopique de nature cavitaire, pas plus que

modifier le murmure vésiculaire du poumon qu'elle ne coiffe que sur une faible surface. Les ampoules fistulaires sont donc condamnées à un mutisme à peu près complet et leur présence ne peut jamais être affirmée avec précision.

En revanche, il est possible de les soupçonner avec bonne approximation, lorsqu'on est en mesure de poursuivre l'observation pendant quelque temps. Un des meilleurs signes indirects repose sur l'*alternative de dessèchement partiel et de réouverture de la fistule*. J'ai eu en main quelques cas de cette espèce et je puis affirmer que c'est là un des moyens de diagnostic les plus fidèles. La fistule semble se fermer, ce qu'on attribue aux moyens topiques mis en usage; cela dure une semaine, deux semaines, puis brusquement se décharge dans le pansement une quantité de pus qui ne laisse aucun doute sur l'insuccès. Les décharges purulentes se rapprochent de plus en plus, jusqu'à ce que l'écoulement devienne constant. A ce moment, en général, la sonde réussit à pénétrer au delà du point primitif d'épanouissement de la fistule, on sait dorénavant qu'il y a eu reformation de la collection purulente entre les feuillets pleuraux, mais c'est tout. C'est assez pour justifier une intervention opératoire comme le seul moyen rationnel de guérir l'infirmité présente et de se mettre à l'abri d'une infirmité plus grave, la fistule interne.

J'ai eu en traitement un certain nombre de cas de fistule pleurale chronique. J'en ai opéré *trois,* le résultat a été favorable, au point que je n'ai qu'un regret, c'est de ne pas avoir pu appliquer ce traitement à d'autres cas observés antérieurement.

Ces trois cas, observés soigneusement et parfaitement concordants quant à la marche de l'affection, au diagnostic et au traitement, me semblent déjà suffisants pour établir les avantages sérieux de la résection des côtes pour la guérison des fistules pleurales externes d'une façon générale.

Pour fixer les idées, je renvoie à l'obs. II, dont j'extrais quelques lignes. Elle montre qu'une fistule qu'on croyait simple ne l'était pas, en réalité, étant l'expression extérieure d'un foyer intrapleural rempli de granulations, que n'eût jamais pu atteindre ni cautérisation ni injection détersive, et qui se serait fatalement étendu par la rétention du pus. L'opération a permis d'obtenir un compte exact de l'étendue du foyer et de la traiter par le curage. Puis la résection est arrivée au moment voulu pour ame-

ner la rétraction de la paroi thoracique, l'accollement des feuillets pleuraux est résulté de cette compression. La cicatrisation a marché correctement, de dedans en dehors; l'on a vu le foyer pleural se guérir d'abord, la fistule externe ensuite, de la façon la plus propre à rendre le résultat définitif et à éviter des rechutes.

Le tableau suivant résume le cas :

Pleurésie purulente ancienne, de plusieurs mois de date
29 août 1878, ponction exploratrice.
30 août, thoracotomie.
21 novembre, guérison avec fistule.
Avril 1879, persistance d'une fistule de 5 cm.
Juin, résection de la 7me côtes
Août, fistule de 8 cm.
Août, résection de 5 côtes.
Octobre, fistule très courte.
Décembre, guérison complète, plus de fistule.

Voici un autre exemple :

Fistules multiples aboutissant au 3me espace intercostal, dans la région antérieure. Excision de tissus lardacés en y comprenant une des fistules, résection de 5 cm. et 4 cm. 5 de la 3me et 4me côte. Incision de 2 cm. dans la plèvre épaissie, exploration avec le doigt, découverte d'une ampoule pleurale grande comme la moitié d'une carte à jouer, remplie d'une masse celluleuse lâche et farcie de granulations molles, et au fond de laquelle se voyait la plèvre pulmonaire. Pansement au coton phéniqué.

Au cinquième jour, la plèvre pulmonaire se couvre activement de bourgeons rouges, le foyer se comble.

Au quinzième jour, une injection exploratrice poussée dans la fistule inférieure, auparavant en communication avec celle qu'a atteinte l'opération, ne revient pas comme avant, dans l'ampoule pleurale. L'oblitération de ce trajet est réalisée.

Un trajet fistuleux peut persister après la résection des côtes pratiquée pour guérir une excavation pleurale, c'est prouvé par les observations d'Estlander, de MM. Bouilly et Chauvel. En cas pareil, me semble-t-il, on devra recourir à une *résection secondaire,* dans un double but : dans un but d'exploration d'abord, dans un but curatif ensuite. On enlèvera un segment d'une côte, ce qui permettra d'inciser les parois de la fistule et de sonder avec précision l'arrière-cavité. Cela fait, et en se dirigeant d'après la notion acquise de l'étendue et de la topogra-

phie de l'ampoule, on pratiquera la résection des segments osseux qui la recouvrent.

Je m'empresse d'ajouter que cette opération ultérieure n'aura lieu qu'après une observation assez prolongée pour laisser à la fistule le temps de se guérir spontanément. On ne se pressera pas et l'on n'interviendra que lorsque l'on aura acquis la certitude que le travail de la nature ne peut pas aboutir et qu'il faut lui venir en aide.

2° *Fistules internes ou pleurobronchiques.*

On doit en distinguer deux formes, la fistule interne qui communique avec l'arbre bronchique seul, et celle qui coexiste avec une fistule externe.

La première variété est la plus fréquente en tant que l'art n'est pas intervenu. Elle résulte d'un travail spontané de perforation au travers de la plèvre pulmonaire et de la pénétration du pus de la cavité pleurale dans un orifice bronchique. L'épanchement purulent trouve son écoulement et se vide brusquement ou lentement, par petites fractions, l'abcès se réduit et finit souvent par se guérir complètement, au bout d'un temps plus ou moins long, sans intervention chirurgicale. On a de si nombreux exemples de cette évolution naturelle et très favorable de la pleurésie purulente, que l'on a voulu l'invoquer à l'appui de la thérapeutique expectante recommandée de différents côtés.

Cette marche naturelle est cependant une exception; le plus souvent l'exsudat purulent ne s'échappe que partiellement, la fistule, occupant généralement les régions supérieures du foyer, n'est en mesure que de vider les couches supérieures de la collection, et laisse subsister l'abcès. L'air pénètre dans la cavité, le pneumothorax enkysté est né, la guérison spontanée est devenue moins probable, quoique encore possible.

Lorsque la maladie tourne à la chronicité, il se présente deux éventualités : ou bien le pus pénètre lentement au travers de la plèvre pariétale et donne lieu à une fistule externe-interne par le seul travail de la nature, ou bien l'opération de l'empyème jugée nécessaire par la constatation d'une couche épaisse de pus dans les parties déclives de l'abcès vient activer l'évolution en favorisant l'issue du liquide au dehors. La fistule est créée aussi bien que dans le premier cas, avec cette différence

que l'abcès est convenablement vidé, au lieu de suinter lentement au travers de la fistule spontanée, généralement insuffisante et sinueuse. Le pus continuant à se faire jour au travers de la fistule interne, le malade expectore le liquide séro-purulent d'apparence bien connue, et le pertuis ne s'oblitère pas.

Lorsque la fistule interne persiste et que la pleurésie devient chronique, il y a donc avantage à pratiquer la thoracotomie dans la partie déclive de la collection, même s'il se dessine une perforation intercostale spontanée. Cette intervention, je l'ai vu dans nombre de cas, amène résolument l'occlusion de la fistule pleurobronchique.

Il arrive cependant parfois que l'orifice bronchique persiste, de préférence lorsque la poche pleurale reste grande. Dans ce cas, le travail cicatrisant des feuillets pleuraux agit sur la plèvre pulmonaire dans une direction excentrique qui tend à favoriser l'expansion de l'orifice fistuleux bien plutôt qu'à le fermer.

Dans ces circonstances, la résection costale semble devoir être le remède par excellence, en amenant par la prompte réduction de la capacité pleurale le plissement de la plèvre pulmonaire, l'accolement des lèvres de la fistule, l'écoulement du pus. Si le pertuis est ancien, induré, la guérison devient assurément problématique. Je renvoie aux observations qui figurent plus bas, y attirant l'attention par l'obs. VIII.

Nous y voyons en effet, évidente, l'influence favorable exercée par une résection de côtes par une fistule pleurobronchique *datant de 1 ½ an*. La fistule a subi des fluctuations nombreuses jusqu'à son occlusion, en voici la relation abrégée :

Novembre 1882. — Apparition de la fistule interne.

9 juillet 1884. — Grande cavité. Résection.

24 juillet 1884. — La fistule paraît oblitérée.

Novembre 1884. — Elle se rouvre, mais semble très fine.

Été 1885. — On n'entend plus le bruit de fistule.

Automne. — Voyage, mal de mer, la fistule se r'ouvre pendant 15 jours, puis se referme.

L'observation VII est aussi un exemple de la cicatrisation prompte d'une vomique pleurale à la suite de la résection, la thoracotomie n'ayant pas suffi.

Il paraît permis de conclure des faits observés que *plus tôt l'on intervient, plus sont favorables les chances de guérison de la fistule pleurobronchique coexistant avec une fistule intercostale.* Je n'hésiterai plus en pareil cas, une fois la constatation cer-

une grande curette, puis avec une petite, enfin avec l'ongle. Le grattage ne fut cessé qu'après qu'il eut amené de tout le pourtour de la paroi des fibres musculaires normales. M. Vulliet prétend qu'après les raclages les plus complets avec la curette tranchante, l'ongle peut toujours enlever 4 à 5 grammes de tissu malade enfoui dans des anfractuosités ou des interstices où l'instrument aveugle ne pénètre pas.

Sur cette surface, une dizaine de petits cautères actuels pleins furent éteints. Le lendemain la cavité fut tamponnée avec des tampons imbibés d'une solution saturée de chlorure de zinc, qui furent retirés le 25 février au matin.

Les escarres étaient très sèches et très épaisses, la malade se rendit à l'hôpital Rothschild pour les convalescents.

Elle revient le 14 mars.

Toutes les escarres sont tombées, la cavité interne s'est contractée ; on ne voit qu'un entonnoir élargi à sa base par la perte de substance, les parois sont lisses et présentent un aspect excellent. Il s'était déjà opéré une rétraction, car les proportions de cet entonnoir n'étaient que la moitié de celles du cratère existant avant l'opération. M^me^ W. vint à la consultation régulièrement deux fois par semaine.

Une fois la malade dans la posture genu-pectorale et le périnée soulevé par une large valve de Sims, on pouvait inspecter toute l'étendue de la cavité utérine. Cette cavité se rétracta graduellement, mais grâce à l'introduction de petits tampons placés à demeure dans le segment inférieur, on put maintenir celui-ci suffisamment ouvert pour continuer à voir jusqu'au fond de la matrice. Cette inspection permit de découvrir à trois reprises des foyers de repullulation d'où auraient certainement procédé des récidives, si on se fût contenté d'une opération sans contrôle consécutif.

Parmi les avantages de la méthode de dilatation de M. Vulliet, celui de rendre possible un pareil contrôle est peut-être le principal.

Dans le cas de M^me^ W. les bourgeons suspects, les festons serpigineux furent énergiquement touchés au fer rouge jusqu'à ce qu'ils fussent remplacés par un bourgeonnement normal.

La cicatrisation se fit graduellement, elle était complète le 22 avril, mais, en même temps que se produisait la cicatrisation, les parois utérines se soudaient et la cavité se fermait. Actuellement l'utérus forme un organe plein.

Cette femme n'a plus de règles : l'occlusion de l'utérus est donc sans inconvénient chez elle.

L'utérus se ferme quelquefois spontanément sous l'influence de l'involution des organes génitaux qui suit la ménopause ; toutefois l'occlusion qui s'est produite dans le cas de M^me^ W. diffère de l'occlusion spontanée qui survient chez les femmes âgées en ce que la fusion des parois est plus intime et qu'on ne voit plus l'infundibulum d'entrée, le segment inférieur forme un cône compacte homogène sans trace d'orifice externe.

Si l'occlusion de la matrice survenait chez une femme encore réglée, l'hématomètre nécessiterait une intervention ; il faudrait ou faire un canal cervical artificiel ou déterminer une ménopause prématurée.

M. Vulliet déclare qu'il opterait pour la seconde alternative, car ces ouvertures pratiquées pour remédier à l'imperforation de la matrice se referment presque toujours et il y aurait en outre le danger de produire un traumatisme qui pourrait exciter à nouveau une prolifération maligne dont il est si rare de se rendre maître.

S'il lui arrivait de fermer la matrice chez une jeune femme, M. Vulliet ferait la castration.

MM. les Prof. Zahn, Redard et Jentzer, MM. les Dr Spiess, Oltramare et Gœtz ont examiné la malade et ils ont constaté avec nous que cette cicatrisation est parfaite.

Le col ne présente pas une grande déformation, il est diminué de volume. La perte de substance a surtout intéressé sa moitié gauche, tandis que sa périphérie est de couleur et d'aspect normaux, son centre est constitué par un tissu cicatriciel blanchâtre ; ce qui frappe le plus la vue, c'est l'absence de tout sillon ou dépression indiquant la place ordinaire de l'orifice.

Par l'exploration bimanuelle on constate que l'utérus est diminué dans toutes ses dimensions.

Mme W. a repris des forces et son entrain, elle n'a plus aucune douleur et prétend se sentir mieux que jamais.

En résumé nous avons un cas où le diagnostic *cancer* a été posé cliniquement par le premier médecin qui a vu la malade, puis par M. Vulliet ; il a été confirmé par l'examen microscopique, par l'allure de l'affection, par la perte de substance finale et par les particularités de la cicatrisation. Mme W. réside à Genève, et il sera très facile de l'étudier dans la suite, de sorte que nous aurons en elle un sujet qui fournira des documents pour juger des effets lointains du traitement auquel elle doit pour le moment une guérison *locale* complète.

Examinée le 6 juillet, l'utérus est absolument sain; l'état général s'est encore considérablement amélioré. Mme W. prétend ne s'être jamais mieux portée.

Comme depuis le dernier examen l'utérus s'est encore atrophié davantage, le col ne fait plus aucune saillie dans le vagin, qui (le sujet étant dans le décubitus genu-pectoral) se présente sous l'aspect d'une cavité régulièrement ronde. La coloration blanche du tissu cicatriciel marque seule la place où se trouvaient le col et le cancer.

Tumeur érectile traitée par l'électrolyse,

Par le Dr A. Mayor.

Au mois de juin 1882, une jeune dame dont je soignais la famille me montre sa petite fille, âgée alors de 8 mois, et chez laquelle, elle avait reconnu, peu de jours après la naissance, l'existence, au voisinage de l'épaule gauche, d'une grosseur qui l'inquiétait.

Cette grosseur n'est autre qu'une tumeur érectile, située un peu à gauche de la colonne vertébrale, entre les apophyses épineuses et le bord interne de l'omoplate, au-dessus de l'origine de l'épine de cet os. Réductible, mollasse, elle paraît sous-cutanée; cependant elle donne une légère teinte bleuâtre à la peau qui la recouvre, et celle-ci est traversée par un petit vaisseau marqué en rose vif. Pendant les cris de l'enfant elle se gonfle très manifestement.

Je conseille l'expectation.

Pendant le mois d'août, l'enfant étant en séjour à Zurich, la tumeur augmente rapidement de volume. Au retour à Genève, cet accroissement s'arrête, au dire de la mère. Celle-ci me présente de nouveau sa fillette et je constate, en effet, que le nævus a passé de la grosseur d'une noisette à celle d'une forte demi-noix; il fait une saillie très appréciable sous la peau. A part cette différence dans sa masse, la tumeur a conservé les mêmes caractères.

Je propose l'électrolyse, que je pratique pour la première fois, le 24 septembre 1882, au moyen de l'excitateur concentrique de Boudet de Paris. L'aiguille centrale, mise en communication avec le pôle positif, est enfoncée à un centimètre de profondeur. Le courant employé est de 2 milliampères. Il est obtenu au moyen de 4 éléments Leclanché. Sur deux points, je fais passer le courant pendant 2 minutes. Une fois, pendant 15 secondes, je le porte à 6 milliampères.

Après cette séance, la peau est anémiée; la plus grande partie de la tumeur paraît durcie; mais elle augmente toujours de volume pendant les cris de l'enfant.

Le 27 septembre, au centre de la tumeur, redevenue mollasse en majeure partie, on sent un noyau dur, ovalaire, occupant le diamètre horizontal du nævus. La teinte bleuâtre de la peau persiste, mais le vaisseau superficiel a disparu.

Craignant d'être obligé de revenir trop souvent aux séances d'électrolyse, je fais construire, par M. Demaurex, un instrument me permettant de faire pénétrer simultanément dans la tumeur plusieurs aiguilles destinées à être mises en communication avec le pôle positif. Un petit arc de cercle en caoutchouc durci, muni d'un manche, porte 4 aiguilles recouvertes d'un vernis protecteur, sauf à leur pointe. Par un dispositif spécial

du conducteur, ces aiguilles sont toutes quatre mises en contact avec le pôle positif. Le pôle négatif est une plaque d'une certaine surface, que l'on maintient appliquée au-dessous de l'omoplate, tandis que les aiguilles sont enfoncées dans la tumeur.

A la fin d'octobre, muni de cet instrument, je fais, toujours avec un courant de 2 milliampères, une nouvelle séance de 2 minutes, à la suite de laquelle la majeure partie de la tumeur paraît durcie. Cependant, à quelques jours de là, je constate que dans la moitié inférieure du nævus il y a encore une région qui paraît perméable au sang.

De ce moment je ne revis plus l'enfant. Sa mère désirait bien la voir guérie de cette petite malformation, mais elle hésitait à la soumettre à une nouvelle séance d'électrolyse, ce procédé étant, en effet, un peu douloureux. « Du reste, me disait-elle, la grosseur continue à diminuer. »

Désireux de m'assurer de ce fait, je retournai voir l'enfant, en février 1886, et je pus constater, en effet, qu'il n'y avait plus de tumeur érectile. Au niveau du point où siégeait celle-ci, la peau a son aspect habituel et sa couleur normale; par la palpation attentive, on saisit encore, dans la profondeur, une sorte de plaque mollasse, que l'on peut à peine différencier du tissu cellulaire ambiant et qui n'est plus le siège d'aucun développement vasculaire, car les efforts, les cris de l'enfant, ne la font nullement changer de volume ni de consistance.

Il s'est donc passé ici ce qui a été noté déjà par les médecins qui ont traité des tumeurs érectiles par l'électrolyse : la guérison, imparfaite au premier abord, s'est complétée par la suite. Un phénomène analogue s'observe parfois dans les anévrysmes aortiques soumis à la galvanopuncture. D'où ce précepte, qu'après une première séance, il n'y a nulle nécessité à se hâter d'en faire une deuxième. L'expectation réserve parfois au médecin d'agréables surprises.

Je ne veux pas insister longuement sur une méthode qui a fait ses preuves, et dont les avantages ont été exposés déjà par de nombreux observateurs [1]. Qu'il me suffise de faire remarquer combien il peut être utile, dans certaines circonstances, d'être en possession d'un procédé qui peut faire disparaître une tumeur érectile sans laisser de traces, au moins dans la majorité des cas. La vaccination au niveau de la tumeur, l'application sur les nævi superficiels de certaines substances qui agissent comme caustiques, sont distancées de beaucoup. Les injections de liquides coagulants peuvent provoquer la suppuration, ou même parfois pénétrer dans la circulation générale;

[1] Bardet. Traité élém. et pratique d'électr. méd. 1884, p. 511, et Dict. de thérapeutique, par Duj. Beaumetz, II, p. 475. — Boudet de Paris. L'électricité, ses applic. au diag. et trait. des maladies. *Rev. de méd.*, 1882, p. 357. — L.-H. Petit. Article Galvanopuncture, du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4me série, t. 6, 2me part., p. 592. — Onimus. Guide pratique d'électrothérapie, rédigé par le Dr Bonnefoy. 1882.

taine, à pratiquer la résection dans le délai d'*un mois* après l'écoulement du pus par voie intercostale, si le trajet interne n'est pas fermé, tout restant soumis, toutefois, aux règles générales qui régissent les rapports entre la résection et les excavations de la plèvre.

Ces conclusions s'appliquent, on le voit, aux cas de pleurésie purulente avec fistule interne, dont le diagnostic est aisé et certain. Elles supposent donc : ou une collection pleurale avec pénétration dans une bronche, et persistance d'un épanchement, rendue certaine par les signes stéthoscopiques classiques aussi bien que par la ponction exploratrice, ou bien un pneumothorax enkysté, aussi en communication avec une bronche, et dont la capacité est assez vaste pour donner lieu aux caractères de certitude de cette affection.

Il peut se présenter un autre cas, dont j'ai eu dernièrement un exemple et que je dois rapporter en terminant ce mémoire.

C'est le cas d'une collection enkystée chronique, de petite dimension, dont l'existence ne se trahit que par l'expectoration plus ou moins abondante et par les signes différentiels qui permettent d'exclure une excavation du poumon. Les signes du pneumothorax manquent absolument ou ne présentent que de faibles caractères de probabilité, les signes d'une collection liquide font défaut, la ponction exploratrice n'a pas abouti.

Nous trouvons reproduits, à peu de chose près, les conditions dont j'ai parlé plus haut à propos de la dilatation en forme d'ampoule qui complique la fistule intercostale chronique, avec cette simple différence que la fistule est interne au lieu d'être externe, et que le diagnostic est impossible par les moyens directs.

Les caractères positifs sont exclus parce que le foyer est de trop petite dimension, qu'il est entouré d'une coque dure et résistante, et que les granulations dont il est rempli ne permettent pas l'accès de l'air en quantité suffisante pour rendre les bruits cavitaires évidents.

Il est clair que là aussi il doit y avoir avantage à remplacer la fistule interne par un trajet externe. Comment s'y prendra-t-on? L'incision intercostale simple sera presque impossible à pratiquer avec sécurité, du moment où la ponction exploratrice est restée muette. On courra le risque, en pénétrant à l'aveugle dans un espace intercostal resserré au point de ne pas permettre au bistouri de se guider sur le doigt, de manquer le foyer

purulent et d'inciser dans une région dangereuse. encore de cheminer au travers d'épaisses membrane par les feuillets pleuraux soudés, jusque dans le pa pulmonaire.

Or, étant donnée l'innocuité de la résection costale l est entreprise dans une zone de matité pleurale, cet tion aidera à rechercher le foyer, permettant de mul ponctions à l'aiguille, de mieux percevoir les diffé sonorité d'une percussion qui frappe la paroi thoraci de ses os et de ses muscles. Une fois que l'incision ex menée à petits coups, bien à découvert, a réussi à ou cès pleural sur un point limité, la sonde recourbée e l'orientation, son extrémité, appuyant de dedans en (la paroi, marque le point le plus déclive, et guide définitive par laquelle on peut dorénavant procéder de la cavité et assurer l'écoulement du pus. En pro cette façon l'on combattra avec succès la rétentic trouvant une issue dans la région inférieure de l'abc d'être expectoré par voie bronchique et l'on verra la fermer.

J'ai traité avec succès deux cas de pleurésie enkyst dant au signalement donné plus haut. Dans les de véritable nature de la collection purulente, reconnue observation prolongée malgré l'obscurité des sy l'opération a été menée à bien.

Les cas de pleurésie chronique avec fistule intern point fréquents. Si l'on élimine les complications d lose, les cas dans lesquels l'état général est trop c ceux où le diagnostic reste indécis, il ne reste, on le qu'un nombre fort restreint d'observations utiles.

C'est pourquoi je crois avantageux de reproduire avec détails les deux observations suivantes, qui se présentent assez bien comme type, au double point de vue du diagnostic et du traitement opératoire.

Observation IX. — *Pleurésie purulente. Thoracotomie. Vomique pleurale et fistule pleurobronchique persistante. Deux ans après, résection de côte, double opération, guérison de la fistule.*

G., 21 ans.

Empyème en février 1880, à gauche. Thoracotomie en mars. Tube laveur. En automne 1881 on enlève le tube, et on le remplace par une

canule métallique. Trois semaines après, la plaie était entièrement refermée, mais pour se rouvrir tous les six ou huit jours pour livrer passage au pus. Environ un an et demi après l'ablation du tube de caoutchouc, soit trois ans après le début de la maladie, le « poumon sauta » et le pus fit irruption par voie bronchique. Depuis lors les plaies extérieures se sont rouvertes toujours plus rarement et pour donner issue à une faible quantité de pus. Celui-ci changeait fréquemment de nature, il était jaune, vert, parfois rouge ou noir après des excitations ou de forts accès de toux.

Tels sont en résumé les antécédents qui me furent communiqués à la fin de novembre 1885, après cinq ans de maladie.

État présent le 30 *novembre.*

Grand, maigre, G. présente l'habitus phtisique plutôt que le type pleurétique chronique. Il crache assez abondamment, l'expectoration est très fétide, homogène, purulente, fluide, rosée, et apparaît surtout dans les changements de position du malade.

Le côté gauche du thorax offre les déformations caractéristiques de la pleurésie chronique, aplatissement de la région antéro-latérale inférieure et moyenne, scoliose à convexité droite.

L'auscultation et la percussion du *côté gauche* indiquent :

A *la région postérieure*, sur la moitié supérieure, pas d'anomalies appréciables sauf une légère diminution du bruit vésiculaire et de la sonorité, sur la région inférieure, l'obscurité augmente, la percussion est tout à fait dense à la base, mais le bruit vésiculaire est perçu. Il s'agit évidemment de fausses membranes et d'épaississement de la plèvre.

A *la région antérieure et latérale* : de la clavicule à la 4me côte, exagération de la sonorité et respiration vésiculaire puérile, pas de signes d'infiltration. En dehors du mamelon, sur une *zone triangulaire de 11 cm. de largeur sur* 3 *de hauteur*, le bruit de percussion change, il devient plus mat et un peu tympanique, le bruit respiratoire est indéterminé, les vibrations vocales diminuées.

Au-dessous de cette zone triangulaire, la percussion en délimite une autre, arrondie, de 5 *cm. de diamètre* où la résonance est positivement tympanique, la toux se répercute creuse et avec quelques bruits de râle à retentissement légèrement cavitaire. On perçoit aussi à cet endroit un bruit de clapet, augmentant à l'inspiration et paraissant alors devenir systolique. A la toux, ce bruit de clapet prend plus de netteté.

C'est évidemment dans cette région, sous la 5me côte et en dehors du mamelon, que se trouve le foyer d'où naît l'expectoration purulente. Quel est son volume? Très petit si l'on s'en rapporte au doigt et à l'oreille, mais si l'on tient compte du fait que les battements du cœur sont superficiels et légèrement disloqués à droite, on peut faire des réserves et le supposer plus étendu. Dans le 4me espace intercostal, sous l'aisselle, une cicatrice d'incision; dans les 6me espace, à 2 cm. en dehors de la ligne papillaire, deux petites cicatrices plus récentes.

La palpation de la paroi thoracique permet de supposer l
tement resserrées.

Pas de dyspnée, apyrexie, etat général satisfaisant.

Une ponction exploratrice reste sans résultat, l'aiguille
pas à traverser l'espace intercostal rétréci.

La fetidité de l'expectoration constituait une véritable i
le malade désirait beaucoup être soulagé, aussi quoique l
fût du reste assez bien tolérée, et qu'il n'en résultât pas d'a
çant, je résolus de chercher à fermer la fistule pleurobron
transformer en fistule externe.

Avec l'assistance aimable de mes confrères les Drs d
H. Burnier, je procédai comme suit, le 2 *décembre* :

Incision de 5 cm. dans le 6me espace intercostal, en arri
lon ; le plan osseux atteint, je dénude avec peine la premiè
présente, la sixième ou septième, et je cherche à faire pas
mais sans y réussir, car l'espace intercostal manque et les c
tivement adhérentes. J'en suis réduit à sectionner la côte
mal avec le sécateur, et à continuer à creuser au travers
osseuse jusqu'à ce que j'arrive enfin sur la plèvre, sans réu
un segment suffisant. J'obtiens seulement un pertuis irrégul
vaste pour permettre d'ouvrir la plèvre épaissie. Il s'écoul
grammes de pus verdâtre et infect. Injection d'eau étendue
niqué, gros drain, pansement ouaté.

La sonde indique une cavité de 8 cm. de profondeur, dir
en dedans, sous le péricarde et peu étendue en largeur.

État syncopal menaçant pendant l'opération, injection d'é

Pas d'accès de toux.

Pendant le reste de la journée pas d'expectoration, somm

3 *décembre* : Pansement. Beaucoup d'eau et de sang, pe
cœur semble s'être rapproché du mamelon et bat mieux de

Apyrexie.

5 *décembre*. Apyrexie. P. 84. Aucune dyspnée, pas de tou
tion verdâtre, très rare.

La plèvre est adhérente et la sonorité amphorique que
percussion dans la région dorsale résulte de la propagation
cavite antéro-latérale.

Pansement avec des bourdonnets d'ouate saupoudrés d'iod
de belle apparence. Expectoration rare, verdâtre, semi-liqu

9 *decembre*. La cavite semble se rétrécir. Expectoration r

12 *déc*. Rétraction active, l'excavation se réduit en largeu
deur n'est plus que de 6 cm. Le bruit de fistule à la toux
malade se lève depuis trois jours.

18 *dec*. Rétrécissement de la cavité, elle ne contient que la valeur d'une cuillerée à dessert, sa largeur semble réduite à 1 cm., on y sent des granulations. Expectoration très rare, pas de toux. Appétit excellent, reprise des forces et de l'embonpoint.

31 *déc.* L'excavation reste stationnaire, elle a bonne apparence, est considérablement réduite (6 cm.), donne peu de suppuration, mais ne se ferme pas.

La *fistule bronchique est fermée*, le bruit de clapet et le souffle fistulaire n'ont pas reparu,

4 *janvier*, Grand progrès général, embonpoint, retour des forces, mais l'état local est stationnaire, il reste une petite excavation intra-pleurale qui ne se ferme pas. Le pus, en quantité modérée, prend parfois une légère fétidité.

Je me décide à une seconde opération. Incision à 2 cm. au-dessous de la première, au travers du bord du grand dorsal et du dentelé. Les côtes sont encore plus rapprochées, si possible, qu'il y a un mois, et leur soudure constitue une masse éburnée épaisse. Impossible de passer, il ne reste qu'à forer la paroi avec la rugine tranchante, jusqu'à ce que le doigt puisse passer.

Je puis alors en me guidant sur la saillie d'une sonde recourbée réséquer un fragment de 2 cm. de la 8me côte et enlever ensuite, par cette ouverture, des fragments de la côte supérieure, déjà entamée. La cavité est ruginée avec la cuiller tranchante, on en retire des granulations saignantes. Drains, ouate.

Du 5 *au* 14 *janvier*. Apyrexie. Plaie aseptique et vigoureuse. Quelques douleurs dans le coude gauche. sans altération de la motilité. Pas de toux ni d'expectoration. Suppuration peu abondante et sans odeur.

La respiration, trop fréquente à partir de l'opération, s'est tranquillisée. J'attribue cette fréquence à l'insuffisance respiratoire provenant de l'immobilisation du côté gauche.

Du 15 *au* 30 *janvier*. Progrès général s'accentue encore. Le malade sort.

De temps en temps un léger goût phéniqué monte à la bouche. pendant les injections, de préférence lorsque l'injection est poussée dans les tubes-drains qui aboutissent évidemment plus près de l'orifice cicatrisé de la fistule bronchique. L'excavation mesure 6 cm., elle a beaucoup diminué de volume dans sa partie postérieure.

2 *février*. La guérison est prochaine, la sonde indique un travail d'occlusion actif. On ne réussit plus à introduire que 4 cm. de drain.

7 *février*. G. est présenté à la Société vaudoise de médecine. La suppuration est insignifiante.

La plaie extérieure se ferme activement et l'introduction du drain est malaisée.

La toux et l'expectoration sont nulles, le goût nauséabond qui parfois montait à la bouche a disparu, la fistule bronchique vieille de deux ans est guérie.

Le résultat obtenu par le traitement opératoire a subi dès lors une avarie. Après la suspension du drainage, qui semblait dorénavant inutile, il y a eu rétention de pus, une nouvelle collection s'est reformée dans l'épaisseur du trajet intercostal et s'est étendue derrière les côtes. J'ai dû

rétablir le trajet fistuleux pour introduire un drain, et faire écouler le pus mêlé de sang qui s'était accumulé. Malgré ce contretemps, la *fistule bronchique est restée fermée.*

Le malade n'a pu prolonger son séjour à Lausanne, il est rentré chez lui avec fistule externe et drains.

L'observation que je viens de rapporter est intéressante à plus d'un égard. Elle montre que même après une durée fort longue, une fistule pleurobronchique est susceptible de guérison, lorsqu'on assure l'écoulement du pus par une autre voie. Elle prouve qu'on peut s'attaquer avec succès à une collection pleurale enkystée, même lorsque les signes stéthoscopiques sont minimes et de nature à la faire supposer de petite capacité. Elle confirme ce qui ressort d'autres observations, à savoir que les excavations pleurales sont toujours, en cela, en opposition avec les cavités pulmonaires, plus vastes qu'on ne le suppose d'après l'auscultation et la percussion, et que lorsqu'on a réussi à constater quelques-uns des signes de cavité, même sur une faible surface, on a beaucoup de chances de trouver l'opération plus justifiée encore qu'on n'a pu l'espérer, par les dimensions plus grandes de l'excavation.

La première opération s'est trouvée réduite, avec quelques complications résultant de l'ossification partielle du thorax, à une thoracotomie, qui a à elle seule amélioré sensiblement les chances de guérison. Elle n'a pas suffi, la seconde intervention a achevé l'œuvre, parce qu'elle s'est appuyée sur la résection, peu étendue sans doute, mais suffisante pour rétrécir le thorax sur l'arc répondant au plus grand développement de l'excavation. Il est plus que probable que si nous n'eussions pas rencontré l'obstacle qui s'opposait à une résection plus complète, la guérison eût marché plus régulièrement et que la collection n'eût pas pu se reformer. On eût pu sans difficulté continuer à drainer jusque dans la profondeur, au lieu d'être arrêté par l'occlusion d'une plaie osseuse trop étroite.

Si jamais je rencontrais de nouveau des conditions d'ossification éburnée aussi défavorables, je procéderais autrement. L'incision longitudinale de la peau et des muscles ne suffisant pas, je ferais un lambeau à convexité inférieure, qui me permettrait de pratiquer avec la gouge et le maillet, dans la paroi thoracique, une ouverture de grande dimension pour assurer le curage, le drainage, et suffisante pour retarder la rétractiou complète des parties dures jusqu'à cicatrisation de la poche pleurale.

Ce serait, je crois, le seul cas où l'ablation totale d'une portion de la paroi thoracique, os et parties molles, comme elle a été pratiquée par Schede, serait rationnelle.

L'observation suivante, déjà publiée dans un mémoire antérieur sur les opérations pratiquées sur le poumon, trouve également sa place ici, elle démontre en effet l'importance du traitement opératoire par l'occlusion des fistules pleurobronchiques.

Observation X. — *Vomique du sommet. Pyopneumothorax enkysté. Diagnostic douteux. Opérations exploratrices. Résection costale et incision du foyer. Guérison relative.*

H. 52 ans. Admission à l'hôpital en octobre 1881. Malade depuis 2 mois et demi. Toux, expectoration muco-purulente quelquefois sanguinolente. Déclin des forces, amaigrissement. Signes physiques d'une collection purulente occupant la portion supérieure du côté droit, peut-être compliquée d'infiltration du poumon. Voussure sous-claviculaire et œdème.

10 *octobre*. Ponction dans le deuxième espace. Pus épais à 3 cm. de profondeur.

14 *octobre*. Incision dans le même espace, recherche de l'abcès au moyen de ponctions pratiquées dans la plaie, sans résultat. Drain.

Les jours suivants la voussure s'affaisse après un rejet abondant de matières muco-purulentes.

19 *octobre*. Phénomènes caverneux sous l'épine de l'omoplate et la clavicule.

20 *octobre*. Une injection dans le drain provoque de l'étouffement avec suspension de la respiration. Traitement fortifiant, quinquina et balsamiques.

Au milieu de décembre, l'état général s'altère, l'amaigrissement augmente. Expectoration abondante, muqueuse et muco-purulente, parfois *brunâtre* et rappelant l'apparence de celle de la *gangrène pulmonaire*, à part l'odeur.

Autour de l'épine de l'omoplate le souffle *amphorique* devient plus net.

Je crus à un *ramollissement* limité du parenchyme pulmonaire, compliquant l'*épanchement enkysté* communiquant avec la bronche. Dès ce moment, je décidai en principe la recherche et l'ouverture du foyer, qu'il fût pleural ou pulmonaire, ou tous les deux, ce qui était le plus probable. Quelle était la meilleure voie? Les signes caverneux siégeaient en arrière, dans une zone où nous avions auparavant perçu un bruit vésiculaire, et manquaient à la partie antérieure. L'incision du foyer par la région dorsale supérieure externe était trop risquée; la difficulté de maintenir l'omoplate assez rapprochée de la colonne pour pouvoir atteindre le bord externe de la cavité, l'épaisseur des muscles, la profondeur de la plaie, tout devait concourir à compliquer l'opération.

Je préférai explorer la région sous-claviculaire. Après résection de la

ur de 3 cm., et pénétration au travers de la
ı foyer contenant du pus mêlé à du gaz, et
ut en coiffant le sommet du poumon. Le
la gouttière vertébrale. Pansement avec des
ıs la cavité.
l était réellement l'état du parenchyme pul-
séeux, et, par conséquent. à première vue,
oi thoracique ?
, suppuration franche, la plèvre, rosée, se
pectoration nulle ou à peu près.
ier, nous constatons avec MM. de la Harpe
cas avec intérêt et me prêtaient leur obli-
se rétrécit, et que le poumon reprend son

ıtion, au moyen d'un miroir et d'une vive
de voir, à la hauteur de la deuxième côte,
ffiant à la toux et émettant du muco-pus. La
franche et saine.
lécomprime, les fistules postérieures du pou-
es. La plaie se comble et n'est plus qu'un
ıde ne joue plus librement.
se poursuit. On peut conclure d'un examen
ui se rétrécit vigoureusement, occupe encore
on supérieure postérieure externe, que, en
ı accolé à la paroi thoracique renferme des
sclérose, consécutives au travail de cicatri-
umonie qui s'est probablement ouvert pen-
es matières brunâtres très suspectes.
ummulaires sont expectorés chaque jour.

rtir. Il se trouve assez bien pour reprendre
fermée, cicatrisée, mais les signes de bron-
de juste, avec expectoration rare. Il reste
m. de longueur.
l'aisselle droite le jour de l'opération, était
ne diminution de 3 cm. pendant la période
depuis lors par le fait des progrès de la

es, il peut s'en rencontrer de mauvais
nsuccès, quelques rationnelles qu'aient
pération et le traitement consécutif.
ience parmi ces causes d'insuccès la
ges purulentes enkystées alors qu'on

n'en suppose qu'une seule. Il est le plus souvent impossible d'éviter cette erreur. Il peut arriver qu'on s'attaque à l'un de ces kystes pleuraux, que l'on réussit à guérir, alors que l'autre ou les autres continuent à suppurer ou à infecter l'organisme. Alors que l'excavation ouverte semble de belle apparence et se présenter dans de bonnes conditions de succès, l'opéré meurt sans que l'on sache pourquoi. Il faut tenir largement compte, dans des faits de cette nature, de l'infection des cavités, dont les hautes températures donnent la mesure. S'il reste une loge infectée, à côté de celle qui a été ouverte par incision, avec ou sans résection, cette dernière a peu de chance d'échapper à la contamination et la réparation ne se fait pas régulièrement.

On aura alors à lutter contre l'effet du traumatisme associé aux influences de septicité, et si par le fait de l'incertitude dans la localisation ou de l'opposition du malade ou de ses proches, l'on ne peut porter le bistouri sur les foyers multiples de l'infection, l'insuccès est certain.

Observation XI. — Un cas de ce genre, opéré avec le concours de mes confrères les Drs Rapin et de la Harpe, l'an dernier, a présenté de la manière la plus évidente ce concours de circonstances fâcheuses. Il s'agissait d'un enfant de 4 ans, atteint à la suite de coqueluche de pleurésie suppurée en nappe avec pénétration du pus dans une bronche, fièvre rémittente avec exacerbation journalière à 40°-41°. Une fois fixé sur la nature du mal, et une nappe pneumothoracique avec fistule interne bien reconnue, la résection d'une côte dans la région latérale dorsale me permit de pénétrer dans le foyer qui fut traité successivement avec la solution salicylée et l'iodoforme. Le foyer d'abord grisâtre, de mauvaise apparence, se modifia sensiblement, sa surface devint rose et se couvrit de bourgeons de bonne nature. Malgré cela, la fièvre se maintint, on constata la persistance d'un autre foyer occupant la région supérieure antérieure. L'état général de l'enfant était trop compromis pour que nous pussions songer à parfaire une seconde opération, et le petit malade succomba 12 jours après l'ouverture du foyer, dans les convulsions.

Si l'opération n'a pas été couronnée de succès, elle n'en était pas moins rationnelle et n'a pas accéléré la fin. Ce n'est en réalité qu'après l'établissement d'une fistule externe sur un point de la collection et une fois le pus écoulé que l'on a pu soupçonner qu'il ne s'agissait pas d'une seule loge, mais bien de deux ou plusieurs collections indépendantes.

Organisation et fonctionnement du se pendant les grandes manœuvres

Par le capitaine Dr L. Frœlic
Adjudant du médecin de division II.

Le service sanitaire devant être exécuté p blement de troupes de cet automne, d'une m celle qui est prévue par l'organisation mili nous régit actuellement, je crois, en considé absolu [1] d'instructions officielles précises, ét breux médecins militaires appelés sous les armes, en leur donnant les quelques renseignements qui vont suivre.

Les corps de troupes qui devront prendre part aux manœuvres se composent de toutes les unités de la Ire division d'armée, à l'exception de l'ambulance n° 4, et plus la compagnie de guides n° 9, qui fait réglementairement partie du quartier général de l'armée, mais qui est recrutée dans les arrondissements de division I et II.

La IIme division d'armée sera moins au complet et entrera en ligne sans son parc de division (colonnes 3 et 4), sans son bataillon de génie (elle aura cependant comme soldats appartenant à cette dernière arme les pionniers d'infanterie qui seront auprès de leurs régiments) et enfin sans l'ambulance n° 7.

Dans les deux divisions, par raison d'économie et comme cela s'est toujours fait jusqu'à présent, certaines classes d'âge [2] ainsi que les recrues de l'année courante (sauf pour la cavalerie) seront libérées de ce service, et les colonnes des équipages des corps et des états-majors seront un peu réduites; c'est ainsi qu'il n'y aura qu'un fourgon de bataillon par régiment d'infan-

[1] Le règlement provisoire de 1875-1876, quoique toujours en vigueur, ne peut être pris comme guide sûr; la première partie du projet de 1884 n'a point encore été approuvée par les Chambres fédérales et n'a du reste paru qu'en allemand.

[2] Dans les troupes sanitaires, les sous-officiers de 1854 et 1855 seront licenciés après l'entrée au service s'il s'en présente un nombre suffisant de plus jeunes; les infirmiers et brancardiers de ces deux classes ne seront pas du tout appelés; ceux de 1856 et 1857 ne seront convoqués que s'ils n'ont pas encore fait plus de deux services d'au moins 14 jours (cours de répétition d'ambulance ou de bataillon et service en qualité d'infirmier ou de brancardier d'école).

terie et que les lazarets de campagne n'auront ni leurs fourgons de réserve A et B, ni leurs chars supplémentaires de réquisition; chaque ambulance n'aura que 3 véhicules au lieu de 4, c'est-à-dire que la troisième voiture servira en même temps au transport des provisions et à celui des bagages; quelques ambulances (deux par division) recevront en outre une cuisine roulante à 2 roues et 2 marmites, d'un poids de 575 kilos sans compter le bois (32 k. de hêtre ou de sapin), les provisions, la viande (53 k.) et l'eau (140 litres) que l'on peut y placer.

Ces cuisines, de la même ordonnance que celles de la cavalerie et de l'artillerie (système Scherrer), peuvent être attelées à un cheval; dans les manœuvres de cette année, elles seront simplement remorquées par une autre voiture; à cet effet, il faut placer les chevilles des timons dans les trous inférieurs, de façon à fermer la limonière à son extrémité antérieure; la cuisine est alors attachée aussi court que possible à la voiture en question au moyen des chaînes d'attelage et de reculement tout en évitant de trop relever les extrémités de la limonière. Il est en outre nécessaire d'observer à l'égard de l'emploi de ces cuisines les précautions suivantes : au commencement, il faut entretenir un feu très vif, puis, plus tard, dès que la vapeur s'échappe de la soupape, on le ralentit; toutes les fois que l'on doit enlever le couvercle, soit pour ajouter de l'eau, soit pour faire la distribution, il faut avoir soin de soulever auparavant la soupape afin de diminuer la pression, sans cela le couvercle et le contenu peuvent être projetés au dehors et venir blesser les servants. Pendant la marche, le feu doit être plus lent que quand la cuisine est au repos, enfin il faut veiller à ce que l'on n'entretienne pas de feu sous une marmite vide ou presque vide, à ce que l'on nettoye les fusées de l'essieu et à ce que l'on graisse suffisamment les différentes pièces et surtout à ce que personne ne monte sur le véhicule.

D'une façon générale, le rassemblement de troupes se divisera en trois parties distinctes, à savoir :

1° En *cours préparatoire* (avec manœuvres par unité tactique ou par arme) d'une durée variable suivant les différentes armes et ayant lieu dans les cantonnements désignés à cet effet par les divisionnaires d'accord avec le département militaire fédéral; pour l'infanterie, ce cours sera de 7 jours (du 1er au 7 septembre inclusivement), pour les troupes sanitaires (personnel des

ıbulances et des 26 bataillons)
ptembre, à Payerne, et non pa
; le tableau des écoles) pour les
(du 6 au 10) pour les infirmier
ıter les jours d'entrée.

En *manœuvres de campagne des corps de troupes combinés* uelles les troupes sanitaires ne pourront malheureusement ırendre part d'une façon complète, ayant lieu le 8 septem- *égiments* contre régiments (le bataillon de carabiniers n° 1 adjoint au IV^me^ régiment) et le 9 et 10, *brigades* contre ıdes avec armes spéciales; elles seront suivies de la con- ation des divisions et d'un jour de repos.

En *grandes manœuvres de division contre division*, sur le in compris entre Yverdon, Moudon, Fribourg et Avenches, 3, 14 et 15 septembre, et qui se termineront par une revue spection des troupes le 16; le lendemain 17, aura lieu le ciement général, à l'exception de la I^re^ brigade d'artillerie, les deux colonnes de parc ne sortiront de service que le t dont les 6 batteries auront encore des exercices de tir ı'au 23 septembre.

officier supérieur qui fonctionnera comme *directeur des euvres* sera le colonel Henri Wieland, instructeur-chef du ème arrondissement; il aura, pour ainsi dire, les mêmes butions que le général nommé, en cas de mobilisation de eurs divisions ou de l'armée entière.

n état-major dit d'armée sera cependant très réduit et ne ortera ni un « *médecin d'armée,* » ni un *médecin du quar- rénéral;* la haute direction du service de santé restera par équent entre les mains du médecin en chef, agissant en té de *fonctionnaire* permanent auprès du département aire fédéral; il correspondra directement avec les deux ecins de division; ceux-ci lui adresseront leurs *rapports de des de division*, etc.

aque médecin de division aura par conséquent la direction rale du service sanitaire auprès de sa division respective et secondé dans sa tâche principalement en ce qui concerne ansmission des ordres (aux médecins des corps et au laza- e campagne), les travaux de bureau, la réception et l'exé- n des rapports, et le service médical auprès du personnel état-major de la division (lequel se compose d'officiers, de taires, de guides et de soldats du train) par un médecin né comme son adjudant.

Afin d'épargner aux médecins de division la nécessité de correspondre directement avec les médecins de corps d'une vingtaine d'unités tactiques, et afin de régulariser la marche et l'exactitude des rapports médicaux et d'arriver en un mot à une organisation aussi parfaite que possible du service de santé en campagne, tant au point de vue de la promptitude des secours que de la répartition du travail, le Département militaire fédéral a fait désigner auprès des états-majors des corps de troupes combinés de l'infanterie et de l'artillerie des officiers sanitaires en qualité de *médecins de brigade* et de *médecins de régiment.*

Le rassemblement de troupes de l'année dernière (III^e^ et V^e^ div.) a déjà bénéficié des avantages qui résultent de cette innovation. En créant, en effet, deux médecins de brigade pour les 2 brigades d'infanterie (qui auraient dans la suite le grade de major) et un d'artillerie (capitaine), batteries et parc compris, ayant comme supérieur sanitaire immédiat le médecin de division, ce dernier n'a plus à transmettre d'ordres directs qu'à 8 médecins (ou qu'à recevoir 8 rapports), au lieu de 26, à savoir outre les 3 précités, au médecin du régiment de dragons, à celui du bataillon du genie, à celui du bataillon du train, en tant que ses subdivisions ne sont pas disloquées, comme par exemple durant le cours préparatoire[1], à celui de la compagnie d'administration et au commandant du lazaret de campagne. Lorsque le bataillon de carabiniers reste à la disposition du divisionnaire, le médecin de ce bataillon a également pour supérieur immédiat le médecin de division.

Il a déjà été émis à l'égard de l'institution des médecins de brigade des critiques diverses: on a même prétendu que c'était une véritable sinécure et cela d'autant plus que les brigades d'infanterie étaient rarement employées comme telles; il n'est cependant pas difficile de prouver que la présence d'un officier sanitaire supérieur à l'état-major d'une brigade est vraiment nécessaire pour assurer l'accélération et la bonne marche du service de santé; il arrive dans plus d'une circonstance, en effet, qu'un colonel brigadier reçoit l'ordre d'agir avec une brigade *combinée* (c'est-à-dire comprenant outre 6 bataillons d'infanterie, 1 régiment d'artillerie, 1 escadron de cavalerie ou 1 compagnie du génie ou même 1 ambulance) d'une façon indépen-

[1] En campagne le médecin du bataillon du train est utilisé ou comme adjudant du commandant du lazaret ou comme second adjudant du médecin de division.

par exemple comme avant-garde,
nent tournant ou enfin lorsqu'on c
etc. Dans des cas semblables le mé
comme médecin-dirigeant auprès
ée et si une ambulance se trouve ê
se (spécialement en ce qui concerne
che ou pendant le combat) sous le
ade et envoie alors par l'entrem
s au commandant du lazaret de c
nédecins de brigade ont en outre
qui peuvent se présenter parmi l
le la brigade (officiers, guides, sol
cet effet un état de malades spéci
ort de brigade et présentent à c
r paraît opportun au point de vu
à conseiller ou des dispositions à
ice sanitaire pendant le combat :
les places de pansement, évacuations, etc. ; le médecin
ade d'artillerie aura en particulier à s'occuper de l'é
ent de communications suffisantes entre les différen
sions de sa brigade[1] et les places de pansements de l'
, puisqu'en thèse générale on n'en installe pas de s
our cette arme.
ubordonnés immédiats de chacun des médecins de b
ont pour l'infanterie les médecins des 2 régiments
me et pour l'artillerie les médecins des 6 batteries et
nes de parc. Comme dans la tactique actuelle on sép
urement que possible les deux batteries d'un même ré
l y aurait lieu de n'avoir à l'avenir qu'un médecin
nt d'artillerie ou par parc de division. Auprès de l'
la fonction de médecin de régiment s'impose déjà
ue, pendant le combat de 3 bataillons, on n'installe gu
une place de pansement de troupe (située à environ 1
e le centre du régiment) et qu'il est par conséqu

[1] Lorsque une batterie est en action, le médecin après être descendu de son che
ne à tenir à un soldat du train surnuméraire, s'installe avec son matéi
rier et ses 2 brancardiers (placés jusque-là sur le caisson de la 2ème pièce
1 et 3ème section), à côté de la ligne des caissons, c'est-à-dire de 50 à 150
la ligne des pièces; la réserve de batterie se trouve de 500 à 800 m.
celle-ci.

avantageux d'avoir en lui un commandant désigné d'avance pour cette place.

Pendant les manœuvres de cet automne, c'est un médecin de bataillon (en général le plus âgé en grade) qui, à côté de ses obligations ordinaires de service, sera attaché à l'état-major du régiment; il assistera par conséquent au rapport de son régiment et tiendra le registre des malades de l'état-major dont il fait partie; ses subordonnés immédiats seront outre son médecin-adjoint de bataillon, les médecins des deux autres bataillons, plus le médecin du bataillon de carabiniers ou d'un autre corps si ceux-ci sont temporairement enrégimentés; tandis qu'il leur transmettra les ordres reçus du médecin de la brigade respective, il recevra à son tour d'eux toutes les communications et tous les rapports ayant trait au service de santé et établira alors son propre rapport de régiment pour ce même médecin de brigade.

Au commencement du cours préparatoire ce seront par conséquent les rapports sur la visite sanitaire d'entrée avec les certificats ainsi que les rapports dits spéciaux pour le conseil de réforme (lorsqu'un homme présente une infirmité indiquée dans le livret de service lors du recrutement, mais qui s'est sensiblement aggravée depuis, etc.), et l'état nominatif du personnel sanitaire; durant le service ce seront les rapports de malades de 5 jours avec l'indication au verso (nouveau formulaire) de l'effectif de ce même personnel, ainsi que les annexes diverses et à la fin des manœuvres, le rapport des malades (et de l'effectif) du jour de licenciement, l'état des malades, puis enfin la liste qualificative du personnel sanitaire.

La marche des rapports sanitaires ou, en d'autres termes, la « voie du service » pour tout ce qui concerne le service de santé ressort du tableau ci-joint (v. planche VI), en tenant compte, il est vrai, des quelques modifications ou restrictions suivantes : les cantonnements pris comme exemples sont ceux que donnent pour les cours préparatoires les ordres de division et le tableau des écoles; ceux de la II^me^ division seront cependant très probablement changés ou indiqués d'une manière plus exacte d'ici à l'entrée au service; enfin comme l'état-major de celle-ci n'entrera en ligne que vers la fin des cours préparatoires, les rapports ne devront pas être envoyés au médecin de division, mais à son remplaçant, lequel sera désigné d'une façon spéciale à cet effet (cela devrait être au plus ancien en grade des deux

médecins de brigade [III^me], ou bien au commanda
n° II).

Ajoutons enfin qu'à côté du rapport de malade
médecin de régiment pour le médecin de brigad
dresser une copie pour le commandant de son rég
est absolument de même pour le médecin de brig
du commandant de brigade et ainsi de suite.

Passons maintenant à l'exécution du service sanit
les trois périodes du rassemblement de troupes don
parlé précédemment.

Pendant les cours préparatoires : A) de l'infante
mes spéciales à l'exception des troupes sanitaires. I
terie il n'y aura que le médecin de bataillon et les
attachés aux compagnies (soit ceux des dernières c
de tous les infirmiers du bataillon) qui resteront a
corps pendant toute la durée du cours préparatoire;
adjoint prendra part aux opérations de la visite sa
trée, puis se rendra alors au cours sanitaire de I
sous-officiers et brancardiers faisant partie de l'ét
bataillons ainsi que les infirmiers des anciennes c
n'entreront en service qu'à Payerne sans se rendi
ment à la place de rassemblement des bataillons.

Le médecin de bataillon ainsi que les médecin
d'armes spéciales organiseront le service sanitair
nement tel qu'il a été fait dans les services précéden
lant une infirmerie d'urgence (Krankenlocal) et en
que les cas légers qui peuvent se guérir dans l'esp
ou trois jours ; tous les malades dont l'état nécessit
ou des soins spéciaux seront directement évacués s
taux civils qui ont mis à cet effet des lits à la di
l'autorité fédérale. Pour la I^re division l'hôpital
Lausanne a offert une trentaine de lits pour soldat
officiers, l'infirmerie de Payerne 8 pour soldats, 2 p
celle d'Yverdon 10 pour soldats, 1 pour officiers
Moudon et d'Orbe pour soldats seulement; les mala
pourront enfin être dirigés après demande télégra
celles de Rolle, de Morges et d'Aubonne. L'hôpital
Genève avec une trentaine de lits servira de réser
II^me division l'hôpital des bourgeois et celui de la P
Fribourg pourront recevoir 25 soldats et 5 officie
Meyriez près Morat une vingtaine d'hommes ; l'h

ville à Neuchâtel une douzaine, celui de la Providence autant qu'il y aura de la place. Les hôpitaux de la ville de Berne ainsi que ceux du Jura bernois (Bienne, Saint-Imier, Delémont et Porrentruy) serviront également de réserve.

Les médecins des différents corps auront à veiller à ce que les précautions hygiéniques suivantes soient strictement observées: la paille de couchage sera mise à l'air les jours de soleil; les hommes devront ôter leurs chaussures la nuit et se mettre au large dans leurs vêtements; lors d'un changement de cantonnement, les couvertures de campement ne devront être en aucun cas portées à dos d'homme; les chaussures pour les troupes à pied de toutes armes devront consister en une paire de forts brodequins ou souliers lacés et en une seconde paire dont le modèle est laissé au choix de l'homme (demi-botte ou bottine) à l'exclusion de la bottine à élastiques; l'état de propreté parfaite du corps et du linge de la troupe devra être contrôlé d'une façon rigoureuse; on fera prendre des bains (spécialement des lotions froides) de pieds aussi souvent que possible et on prescrira aux soldats de porter les cheveux coupés courts; les vins délivrés soit par l'administration soit par les auberges et les cantiniers devront être de bonne qualité; on défendra enfin l'usage de liqueurs fortes et de fruits crus.

B) Cours préparatoire sanitaire à Payerne; celui-ci sera placé sous le commandement du colonel Dr Gœldlin, instructeur en chef des troupes sanitaires et se composera en première ligne d'un cours de cadres destiné à rendre les officiers et sous-officiers sanitaires des bataillons et des ambulances capables d'instruire leurs hommes dans les différentes branches de service; la première demi-journée sera consacrée à l'organisation de la compagnie, à la visite sanitaire d'entrée, à l'inspection de l'habillement (les sergents ayant 110 jours de service ont droit à une nouvelle tunique et à un nouveau pantalon, à réclamer au commissariat cantonal), de l'équipement (pour les officiers montés, en particulier de l'équipement du cheval), à l'examen des livrets de service et à la prise de possession du matériel; les 3 et 4 septembre ainsi que la première demi-journée du 5 seront employés à des répétitions sur le règlement du service intérieur (y compris la connaissance des signaux), du service sanitaire, du service de garde et de l'école du soldat avec exercices de commandements ainsi qu'à l'inspection et à la mise en inventaire du matériel; pour le personnel des bataillons ce seront :

les sacoches, les boulgues, les havresacs sanitaires ainsi que les brancards de campagne, puis les cornets à signaux des sous-officiers et les cahiers d'avis des médecins-adjoints ; pour les ambulances ce sera en première ligne le fourgon et le char à blessés ; outre ces voitures le commandant d'ambulance aura à toucher des sacoches et des bidons pour ses brancardiers, une sacoche de médecin, des écriteaux peints en bleu pour les voitures à bagages et à provisions, enfin l'encombrant nouveau *drapeau-signal* d'ambulance pour marquer la place de pansement principale, qui, disons-le en passant, aurait fort bien pu être conçu d'une façon plus simple.

Le jour d'entrée de la troupe sera également consacré à l'organisation du cours, à l'inspection de l'équipement (insignes des infirmiers, numéros des unités), à la lecture des articles de guerre et à la prise en possession des cantonnements et du matériel. Les 6, 7, 8 et 9 septembre seront employés à l'instruction de la troupe par les *cadres* soit à des répétitions théoriques sur les règlements de service intérieur et sanitaire, ainsi que sur la connaissance du corps humain et des plaies et blessures, soit à des répétitions pratiques sur les pansements et appareils, sur le transport à bras et sur la manœuvre du brancard pendant le combat, le chargement et déchargement de la voiture à blessés, l'école du soldat, l'école de compagnie simplifiée et enfin à l'établissement d'ambulances et au défilé des 2 lazarets.

Le service sanitaire pendant les manœuvres préliminaires des 8, 9 et 10 septembre ne pourra guère se faire d'une façon conforme à la réalité à cause du cours préparatoire dont nous venons de parler ; le 9 au soir ou le 10 au matin le personnel sanitaire des bataillons rejoindra ceux-ci et les lazarets de campagne entreront en ligne en passant directement sous les ordres des divisionnaires ; pour ce qui concerne le lazaret n° I on sait déjà maintenant que les 4 ambulances qui le composent prendront des cantonnements [1] de marche à Fey. C'est donc à partir de ce jour que commencera pour les troupes sanitaires le service de campagne proprement dit. Les malades des différents corps

[1] On confond très souvent dans nos manœuvres lors de la dislocation d'une ambulance son cantonnement comme unité de troupes avec son établissement comme hôpital temporaire; il peut fort bien arriver qu'une ambulance reçoive l'ordre de se cantonner comme tout autre corps de troupe sans pour cela exiger d'elle qu'elle ait des locaux destinés à recevoir des malades.

de troupe ne seront par conséquent plus, à moins de cas urgents, soit pour simplifier, soit par nécessité absolue, évacués directement sur les hôpitaux civils mais en première ligne dirigés sur certaines ambulances établies en permanence à titre d'*hôpital de cantonnement*. Il est probable que l'on n'établira qu'une ambulance de ce genre par division en la plaçant au centre du terrain des manœuvres ; elle fonctionnera alors d'une part comme *infirmerie générale* en recevant soit les malades des infirmeries des corps, soit les blessés des ambulances de combat soit même directement les éclopés et les malingres des différentes unités, lorsque par suite de dislocations et de changements de cantonnements incessants, celles-ci ne seront plus dans la possibilité d'établir des infirmeries temporaires ; d'autre part ces ambulances ainsi stationnaires seront de vrais *hôpitaux têtes d'étapes* d'où les évacuations d'hommes vraiment malades ou blessés pourront avoir lieu sur les hôpitaux civils avec facilité et en évitant soit des encombrements, soit des transports en arrière de soldats qui peuvent être guéris sous peu. Les chefs de ces ambulances devront naturellement annoncer aux hôpitaux respectifs les convois de malades à évacuer et savoir chaque soir par télégramme la place exactement disponible dans chacun de ces établissements. Une ambulance de cantonnement semblable se compose 1° de plusieurs *salles de malades* ayant chacune un *infirmier* de jour (une pour officiers avec bois de lits d'urgence, une plus grande pour soldats malades et blessés graves, également avec une installation hospitalière aussi convenable que possible, en outre un ou plusieurs *locaux* avec paille de couchage et couvertures pour y loger les éclopés, etc.) 2° d'une ou plusieurs *chambres de service* dont l'une est en première ligne désignée comme salle *d'admission* et où doit se trouver un *lit* pour le *médecin de service*, d'une seconde comme *pharmacie* seulement ou servant en même temps de *bureau* du quartier-maître, ayant à proximité un *local-annexe* destiné à recevoir les *effets* des malades et où le sous-officier remplissant les fonctions de fourrier doit tenir un journal sur l'entrée et la sortie de ces effets ; enfin d'une cuisine et d'un corps de garde ; outre ces locaux destinés à l'exploitation de l'ambulance, il faut un emplacement pour le parc des voitures, un cantonnement pour les officiers et la troupe de l'ambulance elle-même y compris les soldats du train et enfin une écurie pour 10 chevaux (2 de selle pour le commandant d'ambulance et le brigadier du train et 8 de trait).

Il est avantageux d'afficher à l'entrée du bâtiment ch comme hôpital, une *table d'orientation* indiquant la réparti exacte des locaux ainsi qu'un *ordre journalier d'hôpita* une *consigne.*

Comme le samedi 11 septembre la Ire division tout ent exécutera, à l'exemple de ce qui se pratique de nos jo beaucoup dans les grandes manœuvres des armées étr gères, une *marche* d'environ 25 kilomètres en une seule colo sur la route de Cheseaux Échallens Combremont-le-Grand sera de la plus haute importance de prendre pour cet exer nouveau et difficile les mesures les plus propres à éviter qu colonne ne soit encombrée et suivie d'éclopés et de traînar à cet effet et indépendamment des mesures préventives hab elles avant une marche, telles qu'une inspection minutie de l'état de la chaussure, des bas et des pieds ainsi qu' exclusion rigoureuse de la manœuvre pour les hommes ay des pieds même légèrement blessés, qui peuvent être exemple hébergés provisoirement dans une ambulance lai en arrière (à Fey), on fera bien d'envoyer, soit sur le j cours de la seconde moitié de l'étape, soit au lieu terminal la route une ou plusieurs ambulances qui s'établiront con *places de rassemblement* (sammelstationen) et sur lesque pourront être acheminés, par le moyen des voitures à b sés et des chars de réquisition ad hoc, au fur et à mesure, éclopés et les malades ; les médecins de corps remettron ceux-ci suivant les cas, soit des bons de transport soit des fe les de route pour malades, en utilisant, à la place des for laires ordinaires trop volumineux, les *cahiers d'avis à souc* composés d'un talon et d'un coupon et dont ils devront se pr voir à temps en suffisance.

Il nous reste enfin à examiner de quelle manière le perso sanitaire des corps (spécialement des régiments d'infanterie des ambulances doit être utilisé pendant le combat [1]; il est évid qu'autant que possible, les manœuvres doivent être aussi l pour les troupes sanitaires que pour toutes les autres véritable exercice de campagne ; c'est ainsi seulement que officiers apprendront à disposer d'une façon correcte place de pansement tant au point de vue de l'à-propos de

[1] Pour de plus amples details v. la *Revue militaire suisse* (nos de janvier et fe 1886).

établissement, qu'à celui de sa position tactique, évitant surtout d'entraver les péripéties de la bataille. Il ne faut toutefois pas oublier que dans nos manœuvres en temps de paix, les différentes phases de l'action se succèdent avec une telle rapidité qu'il est absolument impossible de prétendre vouloir organiser le simulacre d'un service sanitaire d'une façon se rapprochant quelque peu de la réalité, sans risquer de déranger la manœuvre en elle-même ou alors de se trouver tout d'un coup à une beaucoup trop grande distance en arrière. Les médecins de régiment marqueront donc simplement au moment opportun leurs places de pansement de troupes, après en avoir référé au commandant de régiment si les ordres font défaut, puis essayeront d'en former les différents groupes (Triage, Opérations, Pansements, Couchage des 3 catégories de blessés, etc.). Ils enverront alors rapidement soit quelques patrouilles soit des petites chaînes de brancardiers avec relais à de très courts intervalles, mais en faisant exécuter par les sous-officiers les signaux de rigueur: pour avancer, pour battre en retraite, et pour faire arrêter; ils feront remplir quelques fiches de diagnostic, soit feuilles de route d'urgence et simuleront quelques pansements faciles. Les médecins-commandants des ambulances qui suivront les brigades ou la division au feu s'établiront également d'une façon sommaire selon les dispositions des médecins-dirigeants (de brigade ou de division suivant les cas) en insistant principalement sur le choix judicieux de l'emplacement de la *place de pansement principale* et en répartissant le personnel d'une manière aussi pratique que possible, mais en évitant de déballer trop de matériel; ils feront en sorte de marquer l'ambulance de façon à ce que le ou les drapeaux puissent être vus des places de pansement de troupes et essayeront de diriger sur celles-ci la voiture à blessés pour donner une idée de la seconde étape du transport en arrière. S'ils disposent d'un temps suffisant, ils s'installeront d'une façon plus complète et formeront les groupes suivants : 1° *Comité de réception* (Exploration et *diagnostic* d'une part, Secrétariat des entrées de l'autre). 2° *Place provisoire de couchage* ou premier abri à l'arrivée. 3° Comité des *subsistances* composé de la cuisine et de la section de distribution des aliments. 4° *Section de chirurgie* ou traitement : Opérations, Appareils pour fractures et Pansements simples; enfin, 5° *Hospitalisation* dans des locaux séparés suivant que les blessés sont transportables ou intrans-

portables (grièvement blessés et opérés) ou qu'il s'agit de pla légères ou mortelles.

En terminant, qu'il me soit permis d'ajouter encore quelq mots au sujet des propositions relatives à l'avancement des s dats sanitaires et que l'on indique dans les listes qualificati dressées à la fin du service : les brancardiers proposés com infirmiers (appointés) doivent avant d'être nommés passer a succès un cours d'hôpital de 21 jours; nul ne peut être pro au grade de caporal sans avoir été infirmier et sans avoir pa avec succès une école de sous-officiers de 21 jours égalemer pour être apte au grade de sergent il faut, outre les quali requises, avoir déjà fait, comme caporal, deux cours de répé tion ou en tout cas un cours de répétition et un service de cad dans une école de recrues sanitaires. Pour obtenir le grade fourrier, il faut être ou caporal ou sergent et obtenir un cert cat de capacité dans une école de sous-officiers d'administrat de 3 semaines. Le grade de sergent-major ou d'adjudant so officier ne se confère enfin qu'à titre de récompense excepti nelle.

RECUEIL DE FAITS

Purpura hémorragique avec œdèmes mobiles et crises gastro-intestinales,

Par le Dr Paul Binet.

Observation. Mme X., âgée de 45 ans, a généralement j d'une bonne santé. Dans le courant de l'été la ménopause s' effectuée; depuis cette époque elle est sujette à des diarrh et a éprouvé, à plusieurs reprises, des douleurs rhumatisma dans les genoux.

Le 25 décembre, survient rapidement un œdème considé ble de la main droite. Le lendemain il disparaît et se porte la main et le pied gauches en s'accompagnant de douleurs rh matoïdes légères. En même temps se montre une éruption purpura en petites taches sur la région antérieure des jam et des poignets, sans prurit. Le soir (26 décembre), point é gastrique violent. Urine troublée par un abondant dé d'urate de soude, non albumineuse.

Le 27, œdème volumineux de la paupière droite; œdème coude gauche avec arthralgie; disparition des autres œdèm Le soir retour des crises gastralgiques, beaucoup plus violen que celles de la veille, avec vomissements bilieux; vive sensi

lité de l'épigastre qui est météorisé. Selles diarrhéiques noirâtres, fétides.

Le 28, l'œdème de l'œil s'est résorbé pendant la nuit en laissant une suffusion sanguine. Douleurs rhumatoïdes légères des pieds et des genoux. L'éruption de purpura des jambes et des poignets s'efface. Le soir, nouvelle crise gastralgique avec vomissements bilieux.

Le 29, journée calme. Disparition des œdèmes et du purpura. La malade peut manger un potage et recevoir une visite. Mais le soir, crise gastro-intestinale très intense avec vomissements bilieux, tenesme rectal. Coliques suivies de selles diarrhéiques noires et fétides.

Le 30, taches de purpura autour de l'anus. Lignes ecchymotiques sur les cuisses, tracées parallèlement aux plis fessiers. Dans la soirée, crise gastro-intestinale.

Le 31, l'épigastre reste douloureux à la pression et météorisé. Pas d'albumine dans l'urine. Éruption de taches ecchymotiques sur le visage et au niveau des points piqués par la seringue de Pravaz. Œdème dur localisé à la région malaire gauche et au menton. Le soir, selle franchement hémorragique; crise gastro-intestinale. Dans la nuit, nouvelle selle sanglante.

Le 1er janvier, le matin, un vomissement bilieux abondant, sans douleur. Après-midi et soirée calmes; léger subdélirium. Deux selles sanglantes pendant la nuit.

Le 2, crise gastro-intestinale vers 5 heures du matin. Grande faiblesse. Urines plus abondantes, claires, limpides, non albumineuses. Le soir, une selle diarrhéique noire, fétide, mais non franchement sanglante.

Le 3, amélioration notable. Pas de douleurs; faiblesse moins grande. La malade reprend un peu de gaîté. Urines abondantes, claires, non albumineuses. Dans la soirée, la faiblesse reparaît. Selles diarrhéiques, fétides, noirâtres, précédées de coliques.

Le 4 et le 5, ces selles se répètent à plusieurs reprises dans la journée et dans la nuit; chacune d'elle est suivie de sédation dans les douleurs toujours plus marquées le soir.

Le 6, œdème et arthralgie de la main droite avec éruption de purpura; à la main gauche, quelques taches seulement sans œdème ni douleurs. Purpura aux fesses. Le soir, crise gastralgique violente. Dans la nuit, léger écoulement sanguin utéro-vaginal sans coliques utérines.

Le 7, bien-être au réveil. Journée meilleure. Selles diarrhéiques nombreuses, plus claires et moins fétides, sans coliques. Le soir, crise gastralgique.

Le 8, selle légèrement hémorragique le matin. Œdème douloureux de la joue, au niveau de la commissure labiale gauche et de la région métacarpienne du pouce et de l'index de la main gauche. Selles diarrhéiques fétides dans la nuit.

Le 9, grande faiblesse. Effacement des œdèmes. Les douleurs gastralgiques recommencent dans l'après-midi, deviennent plus

es et s'accompagnent d'éructations. Le ventre est bal-
ensible à la pression surtout au niveau de l'épigastre.
), la faiblesse augmente; voix éteinte, cassée. Retour des
s dans l'après-midi.
, éruption de purpura en petites taches pointillées sur
ıeu, les deux mains et les poignets, sans œdèmes.
gie légère des poignets et des coudes. La faiblesse est
ande, la respiration haletante, le facies altéré. Urines
ıeuses.
, même état. Grande sensibilité du ventre à la pression.
ion purpurique des mains devient confluente avec dou-
; gonflement au niveau des articulations métacarpo-
iennes et des coudes. Nouvelles taches sur la face et les
Léger écoulement séro-sanguinolent par la narine

s très acides, foncées (4 $^1/_{10}$, éch. Vogel), très albumi-
fortement chargées d'indigotine. Au microscope, le
e montre formé de granulations d'urate de soude, glo-
uges et blancs, cylindres hémorragiques et concrétions
ses.
l'après-midi, douleurs abdominales vives; angoisse,
ion haletante. Éructations suivies de soulagement.
a nuit, vomissement abondant d'un liquide noirâtre,
.e à de la suie délayée. Grande prostration, pouls fili-
hoquet. La malade succombe le lendemain, dans la
).
ogie. Piqueté hémorragique et arborisations vasculaires
uqueuse de l'estomac, surtout dans le grand cul-de-sac.
a région pylorique, ni dans le duodénum.
estin grêle présente une couleur d'un noir violacé; la
se est parsemée de suffusions ecchymotiques et d'éro-
squamatives à contour irrégulier.
le gros intestin, piqueté hémorragique et arborisations
.res; pas d'érosions.
.te est petite, molle, violacée.
ie et les reins ne présentent rien de particulier. M. le
or, qui a bien voulu les examiner au point de vue histo-
n'a pas constaté de lésion.
e liquide dans le péritoine; pas d'adhérences ni d'exsu-
ien à l'utérus.
ésumé, il s'agit d'une femme arrivée à la ménopause
s le cours d'une bonne santé, est prise brusquement
.es mobiles avec arthralgie légère et éruptions de pur-
urvenant par poussées successives espacées de quelques
ndis que quotidiennement se montre, dans la soirée,
se gastro-intestinale très douloureuse avec vomisse-
t diarrhée qui devient rapidement hémorragique. Peu à
:at général s'aggrave, des hémorragies se produisent
utres voies et la malade succombe 18 jours après le

début des accidents, sans avoir eu d'élévation notable de la température.

Nous avons suivi la malade avec M. le Dr Ferrière; M. le Dr Prevost a été appelé en consultation. Comme traitement nous avons employé, selon les indications : la quinine, l'ergotine, le perchlorure de fer, contre le processus hémorragique; les opiacés intus et extra, la cocaïne, les injections de morphine dans les crises douloureuses; l'eau de chaux, le bismuth, la glace, le lait, le champagne frappé, les bouillons peptonisés, etc., contre l'état gastro-intestinal; les injections d'éther, à la fin, contre l'adynamie.

Discussion. — L'étude des purpuras est à l'ordre du jour; des travaux récents ont été publiés sur cette question, des essais de classification ont été tentés; mais il faut reconnaître que la nosologie est encore bien confuse. Il est difficile de faire entrer une observation comme la nôtre dans un cadre déterminé; essayons de la rapprocher des faits connus avec lesquels elle présente le plus d'analogies.

Nous pouvons d'abord éliminer un premier groupe de purpuras; c'est celui où l'éruption apparaît, à titre de complication ou d'incident dans le cours d'une maladie plus générale, aiguë ou chronique. Tels sont les purpuras d'origine cardiaque, rénale, hépatique, nerveuse, etc.; et, dans un autre ordre d'idées, ceux de la forme hémorragique des fièvres infectieuses. Notre malade était en bonne santé lors du début des accidents, et l'autopsie n'a révélé aucune tare organique. D'autre part, ni la marche, ni les symptômes, ne permettent de s'arrêter un instant à l'idée d'une fièvre infectieuse connue à forme hémorragique.

Il n'y a pas lieu de songer non plus à une intoxication par le phosphore ou l'arsenic, par exemple. Les œdèmes mobiles, comme symptôme, l'état du foie et des reins, comme lésion, sont en contradiction formelle avec cette hypothèse.

Restent les *purpuras primitifs*. C'est dans ce groupe que la pathogénie est la plus confuse et les distinctions les plus difficiles. Les formes chroniques sont généralement englobées sous le nom de *scorbut* et reconnaissent souvent une étiologie spéciale. Nous pouvons les laisser. Quant aux formes aiguës, on disait autrefois simplement *purpura simplex* pour les cas légers, *purpura hemorrhagica* pour les cas graves.

Nous aurions donc un purpura hémorragique; mais cela ne peut nous suffire.

Essayons de dégager quelques types cliniques.

La *maladie de Werlhof* se caractérise, d'après Lasègue [1], par l'apyrexie, les hémorragies, parmi lesquelles figurent en pre-

[1] Étude rétrosp. sur la maladie de Werlhof. *Arch. gén. méd.*, t. I, 1877.

mière ligne le suintement gingival, purpura qui débute par les membres i jours la face; durée courte, terminaiso ble.

Le *scorbut sporadique aigu* présente avec la maladie de Werlhof, dont il diff logie souvent spéciale, le siège généralen tion pétéchiale, le gonflement fongueux des plaques ecchymotiques, l'état gén tion par poussées successives séparé durée plus longue et le pronostic moin

Sous le nom de *typhus angéio-hé* Gomot [1] a récemment décrit un purj tieux, fébrile, caractérisé par un éta hémorragies multiples souvent gingiva aboutissant à une terminaison fatale. phénomènes articulaires.

Dans une autre série de faits, *æ* Soyer [2], se montre, au cours d'un purp tion diffuse et douloureuse de tout u aspect phlegmoneux. Bientôt une ecc loppe et devient souvent le point de d gréneuse (Worms [3], Oriou [4], Perroud [5]

Les *purpuras nerveux*, d'origine v matiques d'une maladie organique médullaires, comprennent des cas très émotif des névropathes et des hystér avec l'urticaire, généralement décrit *simplex*, et peut-être aussi certains fa à évolution fatale, paraissant avoir p émotion violente, tels que les cas rap notre ami Frémont [7].

Sous le nom de *Purpura rhumatism* Schönlein), on a englobé un grand no Le véritable purpura rhumatismal es parfois le rhumatisme articulaire aigu des jointures prises. Mais on a fait ren les purpuras avec fluxions articulaires. térisés par une certaine mobilité d'all des sujets entachés d'arthritisme. On manière de faire présente de vague et maintenant que dans un grand nombr

[1] Gomot. *Thèse de Paris*, 1883.
[2] Soyer. *Thèse de Paris*, 1878.
[3] Worms. *Gaz. hebd.*, 1860.
[4] Oriou. *Thèse de Paris*, 1877.
[5] Perroud. *Bull. Soc. méd.*, Lyon, t. VI.
[6] Traité d'anat. pathol., t. I, p. 562.
[7] Ducastel. *Thèse agrég.*, p. 52.

apparaissent des fluxions articulaires; tels sont les pseudorhumatismes infectieux (Bouchard, Bourcy [1]). Aussi, notre collègue et ami Matthieu [2], dans son excellente monographie des purpuras, désigne-t-il, avec raison, ce groupe sous le nom de purpuras rhumatoïdes. Ils s'associent souvent à d'autres éruptions, comme l'urticaire, l'érythème noueux.

Or, parmi les types cliniques de ce groupe complexe dont l'étude détaillée nous entraînerait trop loin, nous devons remarquer l'analogie que présentent, avec l'histoire de notre malade, les observations rapportées par Henoch [3], Couty [4], Faisans [5]. Cette forme de purpura se caractérise par la coexistence d'œdèmes fluxionnaires mobiles, précédant habituellement les poussées éruptives, d'arthralgies, de crises gastro-intestinales avec vomissements bilieux, et parfois hématémèse, douleurs épigastriques violentes et météorisme, débâcles diarrhéiques dans certains cas pouvant aller jusqu'à l'hémorragie intestinale, fièvre nulle ou modérée. La pathogénie est obscure; les auteurs précités considèrent l'affection comme de nature nerveuse; Faisans l'a même décrite sous le nom de purpura myélopathique. Or, ainsi que le remarquent Matthieu et Ducastel [6], dans leurs nosographies générales des purpuras, cette hypothèse est bien contestable. Pour notre part, nous serions plutôt tenté, pour un grand nombre de ces cas, et notamment pour le nôtre, d'admettre un élément infectieux, l'âge critique de la malade, ses tendances arthritiques, créant peut-être un terrain favorable au processus hémorragique.

Observations cliniques,

Par Jaques-L. Reverdin.

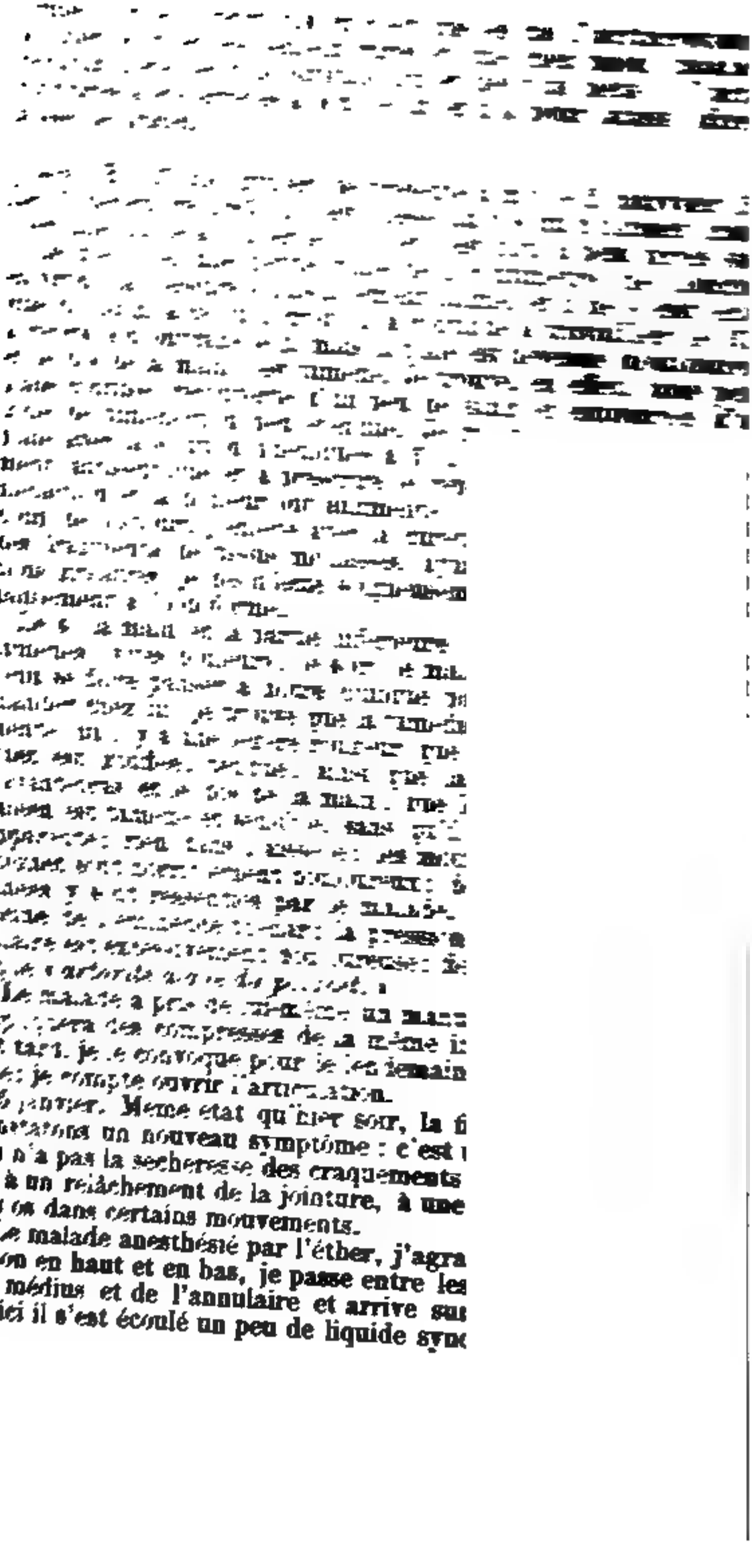
Examen histologique,

Par Albert Mayor.

N° 6. — Plaie contuse du dos du poignet. Arthrite suppurée au début, arthrotomie rapide. Guérison.

L'observation suivante a été récemment publiée dans la très intéressante thèse d'agrégation de Ad. Jalaguier « de l'arthro-

[1] *Thèse de Paris*, 1883.
[2] *Thèse de Paris*, 1883.
[3] *Berlin klin. Woch.*, 1868.
[4] *Gaz. hebd.*, 1876.
[5] *Thèse de Paris*, 1882.
[6] *Thèse agrég. Fac. Paris*, 1883. Consulter ce travail pour la bibliographie générale des purpuras.



fois la capsule ouverte, on voit sortir en jet une forte cuillerée à café de synovie jaune et trouble, évidemment purulente; j'agrandis autant que possible l'ouverture de la capsule et distingue, au fond de la plaie, les surfaces articulaires des os de la première rangée qui paraissent intacts; j'introduis dans l'ouverture le bec d'une seringue, le fais pénétrer entre les surfaces carpiennes et celle du radius et injecte de l'acide phénique à 5 % à plusieurs reprises. Je place alors dans la plaie, jusqu'au niveau de l'incision de la capsule, un petit drain que je ne peux introduire dans la jointure; je tamponne le reste de la plaie avec de la gaze iodoformée, recouverte d'ouate benzoïque, d'une feuille de gutta-percha et d'une bande; la main et l'avant-bras sont fixés sur une attelle.

6 janvier. Le malade est un peu soulagé, mais a encore beaucoup souffert; il se plaint d'être trop serré; le pansement est changé; l'état de la plaie paraît bon.

Le 7. Le malade a assez bien dormi pour la première fois depuis son accident; la plaie ne suppure pas, le gonflement a beaucoup diminué; les tissus de la plaie sont d'un gris sale; le tendon dénudé, d'un blanc nacré.

Le 8. Je vais voir le malade chez lui; il a beaucoup souffert la nuit; fièvre assez vive; langue saburrale, gonflement encore assez marqué; plaie grise, très peu de suppuration. Purgatif.

Le 10. Le gonflement s'accuse au niveau de la partie postérieure du premier espace intermétacarpien et j'ouvre, en ce point, une collection purulente sous-cutanée sans communication avec l'articulation.

Du côté du poignet tout va bien, la plaie est en bon état, les mouvements du poignet ne sont pas douloureux.

Les jours suivants l'état général s'améliore, l'appétit revient, la plaie du poignet bourgeonne, mais le tendon reste blanc et paraît nécrosé; la pression sur l'interligne ne provoque pas de douleur, non plus que les mouvements.

Le 14. Je raccourcis le drain.

Les deux plaies se comblent rapidement, si bien que, le 2 février, la plaie du pouce est cicatrisée, celle du poignet réduite à une petite croûte; il ne s'est éliminé qu'une minime partie du tendon.

L'arthrotomie faite rapidement a donc donné un résultat des plus satisfaisants, l'arthrite suppurée commençante a été littéralement coupée et il n'en est résulté ni destruction des cartilages, ni raideur.

Mais, dès le 16 janvier, ont réapparu des douleurs spontanées très vives, indépendantes de tout mouvement, et se manifestant surtout le soir et la nuit, ne présentant pas de périodicité bien franche et paraissant au malade avoir pour point de départ les bourgeons de la plaie du poignet; la quinine est administrée et paraît d'abord efficace, mais l'atténuation des douleurs n'est que passagère et incomplète; des tampons laudanisés sur la

plaie, le chloral à l'intérieur n'ont pas plus de succès, je p
aux pointes de feu appliquées sur le dos de la main et le
gnet. Le 9 février, je constate une paralysie très accusé
extenseurs ; les doigts ne peuvent être redressés et la
tombe en flexion dès qu'elle n'est pas soutenue ; l'avant-
présente une atrophie très marquée de 2 cent. au-dessou
pli du coude, et mesure 25 cent. au lieu de 27. Rien de nou
du côté de la jointure : la pression, les mouvements ne ré
lent aucune douleur. Je combine les cautérisations avec l'
trisation par les courants induits, les muscles se contra
assez bien, mais la main retombe en flexion aussitôt qu'on
le courant; du reste l'annulaire, qui a perdu une partie d
tendon, n'est pas plus fléchi que les autres.

Ce traitement auquel j'adjoignis une potion de salicyla
soude, le malade étant rhumatisant, paraissait avoir pr
une légère amélioration, lorsque, le 12, le malade cessa de
chez moi. Je n'en avais plus entendu parler, mais j'ai
revoir le 25 avril 1886 et voici ce que j'ai appris de lui : d
ragé par la persistance de ses douleurs, il a été se faire ma
tiser par un charlatan femelle; après quelques jours, l'am
ration s'est manifestée et il a pu reprendre son travail au
de quinze jours, c'est-à-dire le 27 février.

Actuellement, je constate que le poignet est mobile et qu
pressions, les mouvements ne provoquent aucune douleu
flexion active de la main, ainsi que l'extension, ont à peu
la moitié de leur excursion normale; l'extension est peut
un peu plus limitée que la flexion; les mouvements passifs
aussi un peu limités. Les mouvements des doigts sont norm
d'après le malade, les mouvements du poignet sont de plu
plus faciles et étendus. Il n'y a aucun craquement, ni fr
ment dans la jointure. La peau, au niveau du poignet o
présente un développement pileux très exagéré. L'atro
musculaire persiste ; quoique les deux avant-bras aient r
du volume, celui de gauche mesure, à 2 cent. du pli du c
26 cent. 5 millim., celui de droite 29 cent.

Il paraît évident que les douleurs persistantes à caractèr
vralgique, ainsi que l'atrophie, doivent être attribuées à
altération nerveuse, probablement à une névrite, ayant
point de départ soit la lésion primitive, soit mes incisions,
enfin les lésions articulaires ; elles ne prouvent absolument
contre le mode de traitement que j'ai suivi, l'arthrotomi
pide. Le résultat immédiat, c'est-à-dire l'arrêt de l'inflan
tion articulaire, le résultat éloigné, c'est-à-dire la gué
avec persistance des mouvements articulaires, sont d'au
plus intéressants dans ce cas qu'il s'agit de l'articulatio
poignet; nous savons avec quelle facilité et quelle rapidité
flammation se propage dans les diverses articulations du c
et comment la nécrose des petits os qui les constituent, e
souvent la conséquence.

Quoique la simple incision ait réussi chez mon malade, je me demande si un drainage plus efficace, ne serait pas ordinairement nécessaire; je n'ai pu, et cela se comprend, placer mon drain qu'au niveau de l'ouverture de la capsule; il y a lieu de craindre que cela ne soit insuffisant; je pense qu'il vaudrait mieux, en bonne logique, une fois l'articulation ouverte enlever soit l'un des os du carpe, soit un fragment de l'un de ces os, de façon à faire la place à un tube de drainage, et à lui permettre de pénétrer en pleine articulation. J.-L. R.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 6 juin 1886.

Présidence de M. Morax, président.

MM. les Drs *Lussy, Gaudard* et *Claret* sont reçus membres de la Société.

M. le Dr *Chatelanat,* à Montreux, pose sa candidature; il est présenté par MM. Morax et Burnier.

M. le Président annonce qu'il a reçu deux brochures pour la bibliothèque : l'une de M. *Herzen* sur : Les conditions physiques de la conscience, l'autre de MM. *Herzen* et *Loewenthal* sur : Trois cas de lésion médullaire.

M. *Roux* offre à la Société un tableau à dessiner en verre dépoli.

M. le Président lit ensuite une lettre de la *Société vaudoise des sciences naturelles* proposant à notre Société de s'unir à elle pour envoyer une subvention à l'*Institut Pasteur*. Le comité préavise en faveur de la proposition de la Soc. vaud. des sciences naturelles à condition qu'on tâche d'obtenir une subvention fédérale.

M. *Dufour* raconte la récente visite qu'il a faite à l'Institut de M. Pasteur et la Société décide de répondre favorablement aux propositions de la Soc. vaud. des sciences naturelles.

M. le Président lit une lettre de M. *Sambuc* décrivant un nouvel appareil d'hydrothérapie. Cet appareil, baptisé par son inventeur du nom de « Toilette hygiénique » fonctionne aujourd'hui à l'hôtel Beau-Site et M. Sambuc invite MM. les membres de la Société à aller l'examiner.

M. Bugnion présente un enfant atteint de *troubles passagers de la motilité et de l'intelligence* à la suite d'une chute sur le crâne. (Paraîtra dans la *Revue*.)

M. L. Secretan a observé de l'apathie et de la somnolence chez une femme malade de pachyméningite à l'hôpital.

M. Roux montre un jeune homme qui souffre d'une *infiltration du corps muqueux situé derrière la rotule*. La chose est surtout marquée au bord interne du ligament rotulien où la pression provoque de la douleur.

Le doigt perçoit distinctement un épaississement de la capsule articulaire. Ce malade est traité avec succès par le massage.

M. Roux présente ensuite un garçon porteur d'un *ostéochondrome sous-scapulaire*.

M. N. Loewenthal fait une communication sur la *région pyramidale de la capsule interne* et démontre les préparations qui se rapportent à ce sujet.

M. Mercanton fait la démonstration d'un *goitre cancéreux* dont l'extirpation a exigé la résection d'un fragment considérable de la veine jugulaire. La masse carcinomateuse entoure complètement la veine et a même végété dans son intérieur.

M. Roux demande si le malade de M. Mercanton a ressenti des douleurs dans la tumeur et devant l'oreille. Il fait observer que l'explication dite chimique des paralysies opératoires du récurrent ne peut pas être admise puisque la paralysie se produit quelquefois après des opérations au cours desquelles on n'a pas employé d'autre désinfectant que l'eau bouillie.

M. Mercanton dit que son malade a bien ressenti la douleur caractéristique devant l'oreille dont parle M. Roux.

M. Herzen annonce que ses découvertes relatives au sens thermique ont été confirmées dernièrement par les recherches de plusieurs observateurs :

M. Donaldson, en Amérique, a constaté quelque chose d'analogue et d'inverse en même temps : dans une série d'expériences faites sur lui-même et sur d'autres personnes, il a trouvé que, lorsqu'en instillant une dissolution de cocaïne dans l'œil, on prive celui-ci de la sensibilité tactile, *il distingue encore parfaitement les impressions de froid et de chaud.*

M. Herzen pense que tout cela démontre suffisamment que le « sens thermique » n'est pas, en réalité, *unique*, mais que nous possédons *deux sens*, distincts et indépendants l'un de l'autre : l'un pour le froid et l'autre pour le chaud.

M. Herzen vient de recevoir un travail de M. E. Tanzi, publié dans le numéro d'avril de la *Rivista di Filosofia scientifica* de Morselli, à Turin ; l'auteur, croyant que les premières expériences de M. Herzen sur le temps de réaction ne sont pas exemptes de quelques sources d'erreur, les répète avec une méthode perfectionnée et en s'entourant de toutes les précautions voulues ; il arrive néanmoins à confirmer entièrement ses résultats, — bien qu'il se mette dans des conditions aptes à diminuer, sinon à supprimer, la différence, car il choisit une intensité d'irritations, chaudes ou froides, telle que les unes et les autres sont au « seuil de la douleur, » c'est-à-dire sur le point de devenir douloureuses.

Voici le résultat qu'il obtient, malgré cette circonstance, en opérant sur quatre personnes, désignées par les chiffres romains ; le tableau suivant donne les moyennes individuelles d'abord, et puis la moyenne générale :

	Impressions de froid.	Impressions de chaud.
I.	0m,220	0m,484
II.	0 ,223	0 ,543
III.	0 ,209	0 ,464
IV.	0 ,242	0 ,538
Moyenne	0m,222	0m,507

Le Secrétaire : Dr H. Burnier.

BIBLIOGRAPHIE

A. Combe. Contribution à l'étude des paralysies spinales de l'adulte (poliomyelitis anterior acuta et subacuta). *Thèse de Genève*, 1886.

Ce mémoire est surtout basé sur une observation détaillée de poliomyélite chronique observée à Lausanne dans le service de M. le Dr Secrétan et dont l'examen anatomique a été fait par M. le prof. Langhans de Berne qui a remis à l'auteur la moelle durcie qu'il a pu étudier à Genève sous la direction de M. le prof. Zahn.

Voici en résumé l'observation fondamentale de ce travail :

Le malade âgé de 46 ans, à la suite d'un refroidissement dû à une pluie froide reçue en hiver, 1882, offrit des douleurs dans les deux membres inférieurs qui ne tardèrent pas à s'affaiblir peu à peu, avec fourmillements dans les membres atteints. L'état s'aggrava progressivement en 1883. La faiblesse devint si grande que la marche devint bientôt impossible. Le malade entre à l'hôpital de Lausanne en avril 1884 offrant une atrophie considérable des extrémités inférieures, avec flaccidité des membres et diminution des réflexes patellaires. Les mouvements d'élévation de la jambe sont à peine possibles. La marche impossible. Les réactions électriques sont affaiblies, on constate ASZ = KSZ. Toutes les formes de la sensibilité sont normales. Le malade souffre de douleurs spontanées dans les mains et les bras, celles des extrémités inférieures ont disparu. Les nerfs ne sont pas douloureux à la pression. Aucun point douloureux sur le trajet du sciatique.

Après un séjour de cinq mois à l'hôpital pendant lesquels il fut soumis à un traitement électrique et à des injections hypodermiques de strychnine, il y eut une grande amélioration si bien que le malade peut monter seul les escaliers.

Le 18 mars 1885, il rentre à l'hôpital atteint d'une pneumonie à laquelle il succombe au bout de peu de jours.

Les renseignements obtenus après la mort apprirent que les mains étaient devenues faibles ; mais lui permettaient cependant de se nourrir seul.

En résumé les symptômes, selon l'auteur, correspondaient à l décrite par Duchenne sous le nom de *paralysie spinale antérieure*

L'autopsie est relatée avec de grands détails qui se prêtent p analyse succincte. Les planches annexées au mémoire font mi prendre les lésions qui ont été observées. La lésion atteint tou gueur de la moelle et est localisée dans les cornes antérieures ; est manifestement plus ancienne dans la région lombaire qu région cervicale, la région dorsale formant un intermédiaire deux relativement au degré de la lésion

La région lombaire offre une diminution considérable de tout tié antérieure de la moelle, localisée surtout dans la substance g portant aussi sur la substance blanche. La moitié postérieure de est absolument saine. Les cornes antérieures sont transformé feutrage épais, fortement coloré par le carmin. Les cellules sont males, ou ocreuses, ou représentées uniquement par des amas oc

Dans la région cervicale dont l'altération est moins avancée, des cellules en voie de dégénérescence ; selon l'auteur, elles aur les trois phases d'un même processus, l'*atrophie ocreuse*.

La substance blanche du cordon latéral est altérée au niveau d antérieures ; dans le cordon formé par les fibres commissurales o de faibles altérations qui augmentent de haut en bas : sclérose tion de volume de la myéline et du cylindre axe. Cette altératio accusée dans la région lombaire, ce qui se voit surtout avec l'a polarisation. Les racines antérieures ont subi un certain degré d tandis que les postérieures sont normales. Les nerfs périphériq malheureusement pas été examinés ; ce qui laisse subsister un d tivement à l'existence d'une polyneurite primitive.

L'auteur passe en revue les diverses affections de la moëlle v celle qu'il décrit, savoir : les diverses formes de poliomyélites. leur étiologie, leur symptomatologie, leur diagnostic, et s' démontrer que le cas qu'il publie est bien une *poliomyélite i interstitielle chronique*. Il discute les opinions émises dans le nombreux les plus récents parus sur ce sujet. Après avoir ab deux chapitres spéciaux le pronostic et le traitement de cette af termine par un index bibliographique. J.

Dr S. Laskowski, prof. L'embaumement, la conservation des les préparations anatomiques. Genève, Bâle, Lyon, 1886. H.

L'auteur, dans ce mémoire couronné par l'Académie des sc Caen, traite dans une première partie des embaumements d l'historique, puis de la conservation temporaire des cadavr pièces anatomiques, indiquant sommairement les diverses méth posées dans ce but. La seconde partie du mémoire, de beaucou importante, est l'exposé du procédé de l'auteur : M. Laskows pour la conservation des cadavres destinés aux dissections, d'un

de glycérine et d'acide phénique dont il indique avec soin la composition, la préparation et le mode d'injection ; il assure ainsi la conservation indéfinie des cadavres et pièces anatomiques et atténue beaucoup le danger des piqûres pendant les dissections. Le même liquide, plus ou moins modifié, additionné d'acide borique, de sublimé, peut servir à la conservation des cadavres entiers, des corps d'animaux destinés à l'étude, etc. L'auteur expose en détail l'application de sa méthode à la conservation des pièces anatomiques et les règles applicables à chacun des divers tissus ; il termine par un chapitre sur l'embaumement auquel il a appliqué avec succès son liquide conservateur, et donne d'une façon minutieuse toutes les règles à suivre dans cette délicate opération. Le mémoire de M. Laskowski, rempli de détails techniques, ne se prête pas à un résumé succinct, mais sera lu avec intérêt dans son entier. C. P.

—

N. Rossié (de la Havane) **A case of prolonged gestation with autopsy of the foetus**, avec 3 fig. *Americ. Journ. of Obstetrics*, XIX, janv. 1886.

L'auteur rapporte une observation de grossesse ayant duré plus de 300 jours chez une femme primipare de 22 ans ; l'enfant né en état d'asphyxie succomba six heures après l'accouchement, il pesait 5,300 grammes et sa taille était de 54 centimètres. Après avoir discuté les faits qui établissent l'existence de cette grossesse prolongée, l'auteur résume ainsi ce cas remarquable :

1° La durée de cette grossesse provenant d'un seul coït (d'après le rapport de la mère) fut de 317 jours jusqu'au début du travail, et de 319 jours jusqu'à sa terminaison.

2° Le poids et la taille du fœtus ainsi que les dimensions de sa tête dépassaient les proportions habituelles.

3° On observait dans le système épithélial (peau et ongles) les changements généralement observés après la naissance.

4° L'étude attentive des os de la tête du fœtus et de quelques centres d'ossification des membres accusait un développement du système osseux plus avancé que celui qu'on rencontre lorsque la naissance a lieu à l'époque normale. C. P.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE. — Le Dr Piccard. — Nous avons eu le regret d'apprendre la mort du Dr Eugène Piccard, décédé à Lausanne le mois dernier. Piccard était né le 23 août 1840 ; il suivit le collège de Lausanne et fit ses humanités dans cette ville. Il étudia la médecine à Berne, où il fut pendant quatre ans sous la direction spéciale du prof. Valentin, et fut interne à l'hôpital de l'Isle ; de Berne il passa à Strasbourg, puis à Genève, où il fut pendant deux ans interne à l'hôpital cantonal. Il s'établit comme médecin en 1863 à Beaulmes, au pied du Jura, puis en 1866 à Lausanne, où il a pratiqué jusqu'à la fin de sa vie, et où il acquit une nombreuse clientèle ; il fut médecin des casernes sous l'ancienne organisation militaire, et vérificateur des décès pour l'arrondissement de Lausanne. En

politique, Piccard appartenait au parti radical; il fut appelé plusieurs à siéger dans le Grand Conseil et prit part aux travaux de la dernière stituante vaudoise; il fit partie longtemps du Conseil communal de sanne. Malheureusement Piccard fut souvent entravé dans sa carrière le mauvais état de sa santé; ce regretté confrère souffrait d'une bron chronique, à laquelle il a succombé le 12 juillet 1886.

—

Société médicale de la Suisse romande. — La séance annuelle, la partie scientifique a été confondue avec celle de la section de méd de la Société helvétique des Sciences naturelles, a eu lieu à Genève août. On y a entendu de nombreuses et intéressantes communication le président, M. D'Espine, a prononcé le discours d'ouverture. Nous nerons dans notre prochain numéro le compte rendu de cette seance.

—

Caisse de secours des médecins suisses. — Reçu en juillet 1886 :

Bâle-Ville. — M. le Dr L. G., 10 fr. (10+2080=2090).
Berne. — Dr Zürcher (IIIme), 30 fr. U. H. à L., 10 fr. (10+3704=3714).
Fribourg. — Dr Badoud, 20 fr. (20+305=325).
Saint-Gall. — Dr Odermatt, 10 fr. (10+2030=2040).
Genève. — Prof. Dr P.-L. Dunant (IIIme), 10 fr. A. d'Espine (IVme) 30 fr. (730=770)
Grisons. — Dr Weber (IIme), 10 fr. Kaiser (IIIme), 25 fr. Lorenz (IIIme), . Tramer (IIIme), 20 fr. Dens (IIIme) 10 fr. Siebenmann (IVme), 15 fr. Zendralli (I 25 fr Jecklin (IIIme), 10 fr. Amstein (IVme), 10 fr. Juvalta (IIIme), 5 fr. (1 845=985).
Lucerne. — Dr Bürli, 15 fr. (15+1225=1240).
Neuchâtel. — Dr Morin (IIme), 50 fr. (50+573=623)
Soleure. — Dr Marti (IIme), 10 fr (10+835=845).
Thurgovie. — Dr Böhi (IIIme), 10 fr. (10+1165=1175).
Vaud. — Dr P. Demiéville (IIIme), 10 fr. (10+985=995).
Total : 355 + 26,725 des listes précédentes = 27,080 fr.

Bâle, 2 août 1886. *Le Trésorier :* A. Baader

Maladies infectieuses signalées au Bureau de Police sanitaire du canton de V

JUILLET 1886.		Fièvre typhoïde.	Fièvre puerpérale.	Variole.	Varioloïde.	Scarlatine.	Rougeole.	Croup.
DISTRICTS	COMMUNES	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.
Lausanne.	Lausanne.....	....	....	....	....	4	....	....
Orbe.....	Orbe.....	....	....	....	....	....	....	1
	Agiez.....	....	....	....	....	....	....	1
	Montcherand.....	1	....	....	....	....	....	....
Morges...	Morges.....	....	....	....	....	5	....	....
Échallens.	Poliez-le-Grand.....	1	....	....	....	....	....	....
La Vallée.	Brassus.....	1	....	....	....	....	....	....
	Totaux...	3	....	....	....	9	....	2

Le total des décès dans le canton de Vaud pendant le second trimestre de 1 été de 1289, sans compter 65 mort-nés. Les causes des décès attestées médical ou officiellement sont : variole 1, rougeole 4, scarlatine 3, diphtérie, croup 5, c luche 16, érysipèle 4, fièvre typhoïde 6, maladies infectieuses puerpérales 5, p pulm. 147, aff. aiguës des organes resp. 154, vices org. du cœur 89, apoplexie brale 48, entérite des petits enfants 49, accidents 22, suicides 38, homicides 8, causes 505. Sans attestation médicale 190.

BULLETIN DE STATISTIQUE MORTUAIRE ET ÉPIDÉMIQUE

Rédigé par le prof. P.-L. DUNANT

DÉCÈS	à Genève (Genève, Plainpalais, Eaux-Vives)				à Lausanne (la commune de)				à Fribourg (la commune de)			
	72,135 habitants				32,222 habitants				11,904 habitants			
ANNÉE 1886	JUILLET			Mois précédent.	JUILLET			Mois précédent.	JUILLET			Mois précédent.
	Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total	
Variole	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Rougeole	....	.1.	.1.	....	....	....	....	....	....	....	....	*3.*
Scarlatine	.1.	....	.1.	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Diphtérie, croup	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Coqueluche	.1.	.2.	.3.	*.2.*	....	....	....	....	....	....	....	....
Erysipèle	....	.1.	.1.	*.1.*	....	....	....	....	....	....	....	*.1.*
Fièvre typhoïde	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Dysenterie	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Infection puerpérale	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Autres infections	.1.	.1.	.2.	....	....	....	....	*.1.*	....	....	....	....
Phtisie pulmonaire	.11.	.8.	.19.	*.23.*	.4.	.4.	.8.	*.15.*	.4.	.4.	.8.	*.2.*
Bronchite chronique	.1.	.1.	.2.	*.4.*	....	....	....	*.1.*	....	....	....	....
Bronchite aiguë	.4.	.4.	.8.	*.2.*	....	.2.	.2.	*.9.*	.2.	....	.2.	....
Pneumonie	.4.	.4.	.8.	*.7.*	.1.	.1.	.2.	*.5.*	....	....	....	*.1.*
Pleurésie et suites	.1.	.1.	.2.	*.2.*	....	....	....	....	....	....	....	....
Autres affect. respir.	.1.	....	.1.	*.1.*	.2.	.2.	.4.	....	.1.	....	.1.	....
Affections cardiaques	.4.	.5.	.9.	*.8.*	.2.	.4.	.6.	*.4.*	....	....	....	*.2.*
Autres circulatoires	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Diarrhée, athrepsie	.5.	.4.	.9.	*.7.*	.2.	....	.2.	*.5.*	.1.	.5.	.6.	*.9.*
Autres affect. digest.	.5.	.3.	.8.	*.8.*	.6.	.1.	.7.	*.2.*	.1.	....	.1.	*.5.*
Apoplexie	....	.2.	.2.	*.5.*	.2.	....	.2.	*.2.*	.2.	.2.	.4.	*.3.*
Autres affect. nerv.	.9.	.3.	.12.	*.11.*	.3.	.4.	.7.	*.5.*	....	.2.	.2.	*.5.*
Affect. génito-urinair.	....	.4.	.4.	*.2.*	.2.	.2.	.4.	*.3.*	.1.	....	.1.	....
Autres affections générales	.3.	.2.	.5.	*.4.*	.3.	.3.	.6.	*.2.*	....	....	....	*.1.*
Autres affections locales	.3.	.2.	.5.	*.10.*	.2.	....	.2.	....	....	....	....	*.2.*
Traumatisme	.1.	.2.	.3.	*.4.*	.1.	....	.1.	....	....	.1.	.1.	....
Mort violente	.6.	.1.	.7.	*.5.*	.3.	....	.3.	*.6.*	.1.	....	.1.	*.1.*
Causes non classées	.1.	.1.	.2.	*.4.*	.2.	....	.2.	....	....	....	....	*.1.*
TOTAL DES DÉCÈS	.62.	.52.	114.	*110.*	.35.	.23.	.58.	*.60.*	.13.	.14.	.27.	*.36.*
dont dans les hôpitaux	.21.	.14.	.35.	*.28.*	.10.	..4.	.14.	*.13.*	..4.	..2.	..6.	..4.

TABLEAU COMPARATIF DES DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES

DANS QUELQUES VILLES D'EUROPE

PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886

Dressé en **nombres proportionnels**, le total des décès dans chaque ville valant 1000

SUISSE	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Typhoïde et typhus.
Genève. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	.42.	.12.
Zurich.	.56.	.85.	.½.	.26.	.16.	..5.
Bâle.	. . . .	..3.	. . . .	..6.	.30.	.18.
Berne.	. . . .	. . . .	. . . .	.27.	..3.	..7.
Lausanne . .	..5.	..5.	..5.	..5.	. . . .	. . . .
Chaux-de-F.	. . . .	. . . .	. . . .	.56.	.40.	.24.
Saint-Gall. .	. . . .	. . . .	. . . .	.27.	. . . .	.21.
Lucerne . . .	. . . .	. . . .	. . . .	.23.	.23.	.15.
Neuchâtel. .	. . . .	. . . .	.10.	. . . .	. . . .	.10.
Winterthour	. . . .	.86.	. . . .	.21.	.21.	. . . .
Schaffhouse.	.31.	. . . .	. . . .	.15.	. . . .	. . . .
Bienne	.10.	. . . .	. . . .	.47.	. . . .	. . . .
Fribourg. . .	. . . .	.38.	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .
Hérisau. . . .	.29.	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	.14.
Locle	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .
ETRANGER						
Reims.	.80.	..3.	..5.	.15.	..1.	.20.
Nantes	. . . .	..3.	..3.	.29.	.15.	..9.
Bordeaux . .	..5.	..1.	..3.	.14.	.14.	.28.

ETRANGER	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Typhoïde et typhus.
Paris.	..4.	.26.	.10.	.29.	.14.	.11.
Lyon.	.½.	.12.	..6.	.21.	..9.	..6.
Marseille. . .	213.	.16.	..2.	.48.	..4.	.25.
Le Havre. .	..2.	.12.	. . . .	.32.	.10.	.17.
Nancy.	. . . .	.23.	..6.	..4.	..4.	.11.
Besançon. . .	..3.	..3.	..3.	..8.	. . . .	166.
Nice.	.23.	..2.	. . . .	.45.	. . . .	.19.
Bruxelles . .	..5.	..6.	..1.	.23.	..9.	.10.
Londres . . .	. . . .	.30.	..6.	.17.	.44.	..6.
Pétersbourg	..4.	.56.	.32.	.18.	..7.	.37.
Berlin.	. . . .	.21.	..8.	.39.	. . . .	..5.
Munich. . . .	. . . .	. . . .	..7.	.23.	.13.	..4.
Dresde	. . . .	.11.	..6.	.48.	. . . .	..7.
Stuttgart. . .	. . . .	..3.	.14.	.55.	. . . .	. . . .
Strasbourg .	. . . .	.34.	..2.	.29.	. . . .	..8.
Vienne	..7.	.29.	..5.	.25.	..7.	..3.
Buda-Pesth.	.40.	.15.	.25.	.28.	..4.	.20.
Rome.	.45.	.40.	..2.	.15.	..4.	.14.
Turin	.12.	.15.	..3.	.26.	..9.	.20.
Venise.	..2.	. . . .	..1.	..2.	..5.	.16.

É DU DEUXIÈME TRIMESTRE 1886.

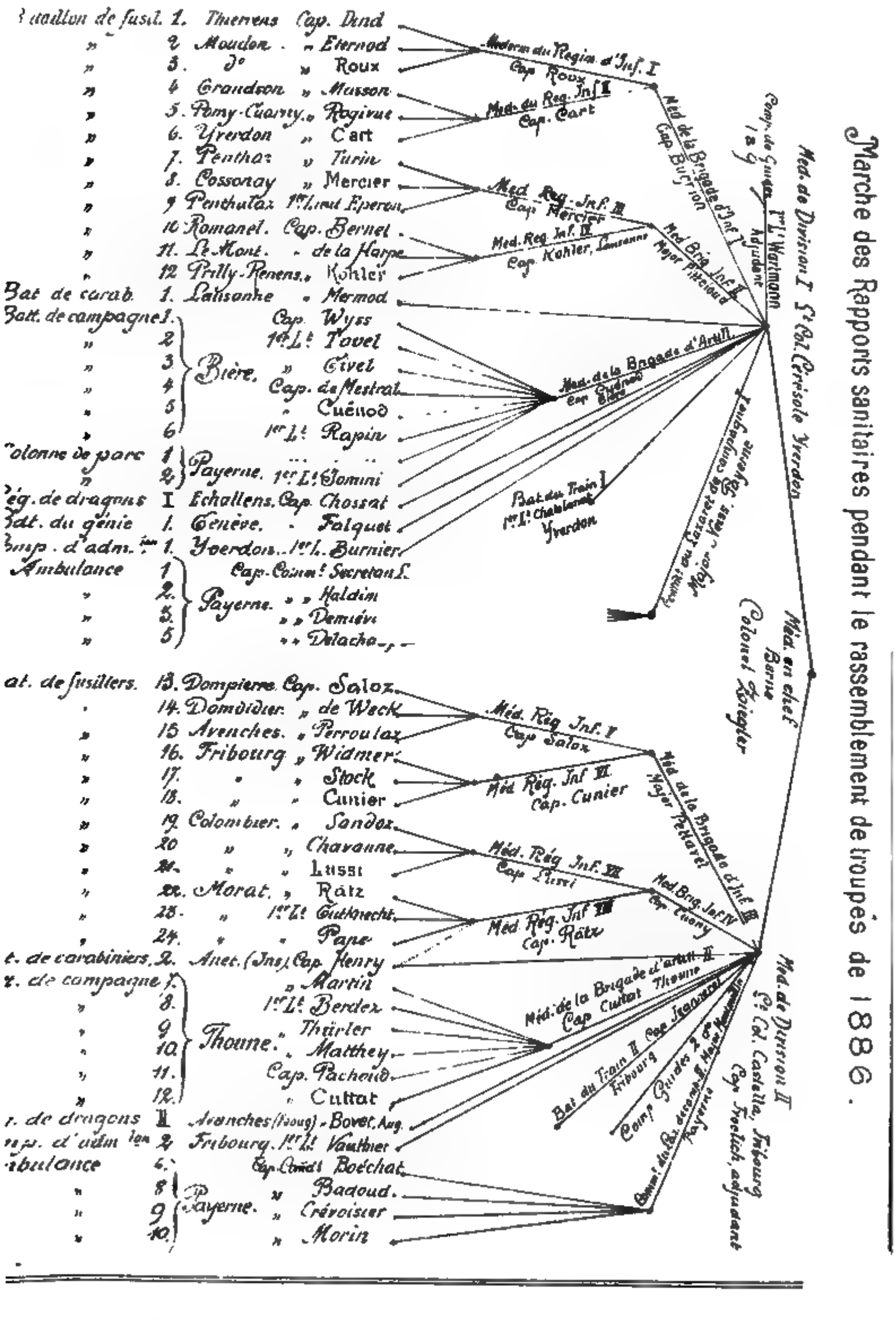
, de varioleux, si fréquents à Zurich il y a trois mois, ors, mais il en est apparu quelques-uns ailleurs ; il le de répéter le « caveant consules » que contenait etin trimestriel. Le tableau suivant prouve en effet ue nulle en Suisse il y a quelques années et tout en se relever et à se généraliser depuis deux ans, et doit ombattue. Il indique, trimestre après trimestre, depuis la Chaux-de-Fonds en 1880 et 81, combien de villes, ıcipales de la Suisse, ont eu des décès par variole, et **rtion de ces décès calculée pour l'ensemble de ces à un total de 15.000 décès généraux** (soit 1000 par rimestre.

Villes sur quinze	Décès sur quinze mille		Villes sur quinze	Décès sur quinze mille
5	317	4me trimestre 1883	1	8
8	140	1er trimestre 1884	2	23
1	13	2me »	2	14
1	17	3me »	3	36
1	5	4me »	3	18
2	8	1er trimestre 1885	5	104
1	7	2me »	6	165
0	0	3me »	5	108
2	10	4me »	4	129
1	6	1er trimestre 1886	4	135
1	8	2me »	5	131

rangères ce sont Buda-Pesth et Rome, puis Reims et ont été éprouvées par cette maladie infectieuse.
atteint un nombre très grand d'enfants à Genève pen- intemps, n'y avait pas causé un seul décès. Elle en a alors qu'elle a presque entièrement disparu. La mor- a été très forte mais de courte durée à Zurich, Win- A l'étranger, elle a été assez uniformément répandue

nservé une grande bénignité en Suisse et à l'étranger, otable qu'à Pétersbourg et à Buda-Pesth.
u nulle part une gravité exceptionnelle. La proportion naintenue la même qu'au trimestre précédent, mais au lieu de dix. C'est à la Chaux-de-Fonds, Stuttgart, Bienne qu'elle a été la plus forte.
nené encore un nombre notable de décès, mais moins ier trimestre de l'année.
yphoïde, si elle a causé, comme c'est la règle, quelques ntemps qu'en hiver, le nombre en est resté partout sançon.
ntérêt de faire remarquer en terminant combien la bonne en Suisse pendant le mois de juillet, puisque naladies infectieuses n'ont amené entre elles toutes, e le chiffre absolu et extrêmement minime de 36 décès totale de 472,280 habitants.

Marche des Rapports sanitaires pendant le rassemblement de troupes de 1886.



VI^me ANNÉE. — N° 9. 15 SEPTEMBRE 1886.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

La région pyramidale de la capsule interne chez le chien et la constitution du cordon antéro-latéral de la moelle [1],

Par N. LŒWENTHAL.

(Travail du Laboratoire d'histologie à l'Académie de Lausanne.)

Avec les Planches VII et VIII.

Ce que nous savons sur le parcours du faisceau pyramidal dans la capsule interne est fondé sur l'étude de la dégénération secondaire d'origine cérébrale d'une part, et d'autre part sur l'étude de la marche du développement de la gaine médullaire dans les faisceaux de la capsule (Flechsig).

Les notions acquises sur l'homme par ces deux méthodes d'investigation anatomique sont loin d'être établies avec certitude, sont même en partie contradictoires, mais elles sont tout à fait rudimentaires pour ce qui concerne les animaux.

Charcot reconnaît dans la capsule interne trois régions [2] : L'une comprend tout le segment antérieur, ou « lenticulo-strié » de la capsule; les lésions limitées à ce segment déterminent la dégénération secondaire d'un faisceau qui se place dans

[1] Les résultats de ce travail ont été communiqués à la *Soc. vaud. des sciences nat.* dans la séance du 19 mai, et à la *Soc. vaud. de médecine* dans la séance du 5 juin 1886.

[2] J.-M. CHARCOT, Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière, 1876-1880, p. 221-224.

la partie interne du pied du pédoncule, mais n'affecte faisceau pyramidal proprement dit. 2° La seconde ré deux tiers antérieurs du segment postérieur ou « l optique » de la capsule; c'est la région *pyramida* capsule. Le faisceau qui la traverse est une émanatio du faisceau pyramidal, occupe la région moyenne d pédoncule et se continue dans la pyramide correspon bulbe rachidien. 3° Enfin la région du dernier tiers du postérieur de la capsule « paraît contenir des fibres tes et qui en tout cas ne semblent pas susceptibles d dégénération secondaire; » elle répond à la partie ex pied du pédoncule.

Cette « localisation capsulaire, » toute important puisse être, n'est cependant pas encore établie d'une définitive, comme cela résulte des lignes suivantes quelles le prof. Charcot termine le chapitre sur la « phie capsulaire : » « Je ne voudrais pas, Messieu donner cela comme un résultat définitif, mais co aperçu nouveau destiné à servir de guide dans les rec venir » (*l. c.*, p. 224).

Flechsig[1] distingue dans la capsule interne un antérieur interposé entre le noyau caudé et le noyau laire, et un segment postérieur interposé entre ce noyau et la couche optique; le point d'intersection de segments est le « genou » de la capsule (cette nomen été aussi adoptée par Charcot). Le faisceau pyramidal ses recherches, répond à cette partie de la région l optique de la capsule, qui est comprise entre la par rieure du noyau lenticulaire et le tiers moyen de l optique. En somme, d'après Flechsig, la région pyra la capsule interne serait non seulement plus circonscr aussi située un peu plus en arrière que ne l'admet Cha

Ce que nous savons sur la localisation du faisceau p dans la capsule interne chez les *animaux* (chien, chat) à très peu de chose.

Les expérimentateurs qui se sont occupés de la dége secondaire, d'origine cérébrale, commencent en génér cription des lésions secondaires en partant du pédonc

[1] P. Flechsig, Ueber Systemerkrankungen im Rückenmark. *Archi kunde*, Bd. XVIII, 1877, p. 101.

bral; et ceux qui s'occupent aussi de la capsule interne se bornent à quelques remarques peu détaillées. Ceci tient sans doute aux difficultés que présente la recherche de la lésion dégénérative dans la capsule interne.

v. Gudden [1] fait mention de l'atrophie secondaire de la capsule interne à la suite d'ablation de la région frontale du cerveau chez le chien nouveau-né, mais il ne donne point de détails sur le siège de cette atrophie.

v. Monakow [2] accorde un peu plus d'attention aux atrophies de la capsule. Il donne aussi quelques figures représentant, entre autres, l'atrophie de la capsule interne à la suite de l'ablation de la région antérieure de l'hémisphère chez le lapin. Les hémisphères de cet animal étant relativement très petits et presque dépourvus de circonvolutions, il n'est pas possible d'y localiser les lésions d'une manière précise; aussi les résultats acquis sur le lapin ne sauraient être appliqués d'emblée aux animaux, comme le chien et le chat, dont les hémisphères présentent une organisation beaucoup plus élevée. D'ailleurs v. Monakow ne touche qu'en passant la question qui nous intéresse dans ce moment. Il constate que l'ablation de la région antérieure de l'hémisphère chez le lapin (zones *c*, *d*, *e*, comprenant les points excitables), s'accompagne d'atrophie secondaire de la partie *antérieure* de la capsule. Il suit les lésions dégénératives sur les coupes transversales du cerveau, méthode qui ne saurait guère être recommandée pour l'étude de la localisation capsulaire.

Schæfer [3] mentionne l'atrophie de la partie moyenne (?) (central part) de la capsule interne, en décrivant les lésions dégénératives secondaires chez un singe qui a subi l'ablation des circonvolutions rolandiques. Quoiqu'il donne la figure, schématique sans doute, d'une coupe du cerveau à travers le corps

[1] Voir le passage, dans le livre de KUSSMAUL, Les troubles de la parole, trad. franç., p. 111; ou encore dans le rapport du prof. Aug. FOREL, Ueber die Resultate und die Bedeutung der *Gudden'schen* Extirpationsmethode in der Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems, *Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte*, 1880, p. 626.

[2] v. MONAKOW, Weitere Mittheilungen über die durch Extirpation circumscripter Hirnrindenregionen, etc. *Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, Bd. XII, p. 535, 1882.

[3] SCHÆFER, E.-A. Report on the Lesions, primary and secondary, in the Brain and spinal Cord of the Macacque Monkey, etc. *Journal of Physiology*, vol. IV, p. 316, 1883.

opto-strié, j'avoue qu'il m'a été difficile
de la manière dont cette coupe a été orie
phie du foyer d'atrophie secondaire dans

Cet aperçu historique suffit pour démo
sances sur l'atrophie secondaire du faisc
capsule interne chez les animaux sont r
choses; c'est une étude encore à faire.

Que ces considérations suffisent pour ju

J'ai suivi en détail la lésion atrophiqu
et du pédoncule cérébral chez un jeun
laboratoire de physiologie de M. le prof.
pour ses recherches qui, je suis autorisé
bliées prochainement dans le *Recueil z*
fait pour ma part l'examen anatomique d
confiée par M. Herzen. La recherche de
dans la capsule interne n'étant point en
sent d'une manière méthodique, je me s
sur le résultat de mes recherches dans u

Les lésions sont inégalement distribuées sur
1 et 2, Pl. VII).

Hémisphère droit. — La lésion de cet hémis
moyenne et externe, seulement, du gyrus sigmo
vantage sur sa partie antérieure que sur sa par
due en surface, elle ne s'étend aussi que fort pe

A l'examen microscopique des coupes transver
de la région affectée du gyrus sigmoïde, on co
couche de tissu conjonctif fasciculé dense, à la
profondeur, une couche de tissu délicat, rétifo
sanguins, et contenant dans ses mailles des cellu
lules granulo-graisseuses. Les éléments de la su
tement défaut dans cette région. Sur la coupe
sous-jacente on distingue une strie, se dirigeant
fixe vivement le carmin et qui est infiltrée de cel

Hémisphère gauche — La destruction des cir

[1] M. le prof. Herzen a bien voulu me communiquer
toire de ce petit chien Né le 21 juin 1885, il a subi la
misphère *gauche*, le lendemain de sa naissance, la des
phère *droit*, a été faite le 7 septembre, le petit chien
1885.

le sillon crucial sur cet hémisphère, est beaucoup plus étendue en surface et en profondeur que sur l'hémisphère précédent. Au niveau des circonvolutions extirpées il s'est produit une vaste cavité creusée dans l'intérieur de la substance blanche de l'hémisphère, et *s'étendant jusqu'au niveau du bord externe de la tête du noyau intraventriculaire du corps strié* (figures 1 et 2, Pl. VII).

Empiétant sur la partie antérieure des 2me, 3me et 4me circonvolutions externes (Leuret) totalement détruites à ce niveau, elle a une forme irrégulière, et difficile à décrire, et s'étend, en se rétrécissant, sur 19mm dans la profondeur. Dans sa partie la plus spacieuse elle mesure 14 ½mm de diamètre saggittal sur 13 mm de diamètre coronaire. Sa paroi antéro-interne est lisse et taillée à pic dans la substance cérébrale même. Latéralement, la cavité arrive en contact avec la pie-mère *(m)*. Au fond de la cavité et du côté externe, la substance cérébrale forme des bosselures contournées ou affectant la forme mamelonnée (fig. 2, Pl. VII). Des trabécules fibreux se détachent de la méninge pour aller s'implanter sur ces bosselures de substance cérébrale. Vers le haut, ladite cavité était fermée par une couche de tissu conjonctif cicatricielle, de nouvelle formation qui a été enlevée en grande partie au moment de l'autopsie. En arrière et dans la profondeur, la cavité pathologique communique librement avec la cavité considérablement distendue du ventricule latéral, par l'intermédiaire d'un trou ovalaire à bords très nettement taillés (*t*, fig. I, Pl. VII).

En résumé, sur l'hémisphère *gauche* le gyrus sigmoïde est détruit *presque* en entier ; seule une petite partie de sa région postéro-supérieure paraît être conservée à la surface ; il est vrai que les fibres émanant de cette partie du gyrus sigmoïde pourraient bien être interceptées dans la *profondeur*, au niveau de la cavité que j'ai décrite ; mais le trajet de ces fibres dans l'intérieur de la substance blanche de l'hémisphère n'étant pas encore élucidé, on ne peut pas réfuter la possibilité qu'elles ne soient restées conservées, en partie.

A part le gyrus sigmoïde, sont encore détruites : la plus grande partie de la circonvolution qui est en rapport immédiat avec le gyrus sigmoïde (la partie antérieure de la troisième circonvolution externe, « coronal convolution » de Langley), et l'extrémité antérieure de la deuxième circonvolution externe.

La destruction de ces circonvolutions est *complète*, c'est-à-dire, qu'elle comprend non seulement la substance grise, mais aussi toute la couche correspondante de substance blanche du centre ovale.

La circonvolution qui est située en arrière de la partie inférieure du sillon « sus-orbitaire » (anterior composite, Lang). quoique conservée non seulement dans sa conformation extérieure, mais aussi dans sa texture est cependant sensiblement moins développée que la même circonvolution du côté droit (comp. les figures 2, 3, 4, Pl. VII). On peut admettre que le développement de cette circonvolution, du côté gauche, a été gêné par le fait de la lésion précoce des circonvolutions voisines.

Il faut ajouter, que les fibres émanant de la partie supérieu sus-orbitaire (Leuret) ont dû nécessairement être interceptées, e niveau de la cavité (comp. la figure 2, Pl. VII).

Enfin le corps calleux, lui aussi, a été endommagé à sa partie

Atrophies secondaires.

A. *Capsule interne.* — J'ai suivi l'atrophie de la capsule su de coupes longitudinales et horizontales, pratiquées sur le corp

Voici comment j'ai procédé :

Toute la partie inférieure du cerveau, préalablement dés l'alcool absolu, a été plongée pendant quelques jours dans u sirupeuse de celloïdine, et fixée ensuite sur une large et épaiss liège, à l'aide d'une solution de celloïdine plus dense; le tout a dans l'alcool à 70°. La celloïdine une fois solidifiée, j'ai fixé l liège dans le microtome de Gudden par le mélange composé c cire et graisse (melange de Gudden). J'ai pratiqué les coupes s à 70°. Les coupes colorées par le carmin ont été traitées par l ordinaires, et conservées dans le baume du Canada. Les prép lorées par l'hématoxyline, d'après le procédé de Weigert, se p particulièrement à la démonstration.

La figure 3, Pl. VII, représente une coupe horizontale du c tant sur la partie supérieure du corps opto-strié, au-dessus de sure molle. On remarque le noyau caudé, la couche optique mur ; *le noyau lenticulaire n'existe pas encore sur la coupe.* interne, indiquée en noir sur le dessin, peut être subdivis segments ; le segment *antérieur* correspond au noyau caudé; à la couche optique, mais le noyau lenticulaire n'existant pas la coupe, la capsule correspond par sa surface externe à l'avan

Ce qui frappe à ce niveau, c'est *l'atrophie extrêmement* segment antérieur, correspondant au noyau caudé, *de la cap du côté gauche.*

Le noyau caudé, au contraire, est manifestement élargi et c cette manière l'atrophie de la capsule On peut, toutefois, reco la partie externe de ce noyau, à la place de la région atrop capsule, de rares et petits îlots de substance blanche, conserv

Le segment *postérieur*, correspondant à la couche optique d est certainement un peu réduit dans son diamètre sagittal, du Cette rétraction du segment postérieur de la capsule est due, doute, à l'atrophie qu'a subie la partie la plus antérieure de ici encore nous constatons que l'atrophie de la capsule est co le développement plus considérable du noyau caudé, qui débord son congénère du côté droit.

En examinant attentivement le segment postérieur de la cap on remarque immédiatement en dehors du stratum reticulatum (G

de la couche optique, une couche de substance blanche qui mérite tout spécialement notre attention ; car, nous le verrons dans un instant, c'est dans cette couche que nous retrouverons la région pyramidale de la capsule. Dans cette couche les tubes nerveux sont coupés *transversalement* et sont réunis en petits îlots, interposés parmi les traînées des fibres obliques rayonnant vers la face latérale de la couche optique.

Quant à la *couche optique* elle-même, on constate que son *noyau externe* paraît être un peu moins développé du côté gauche ; le noyau antérieur est également développé de deux côtés. Le stratum reticulatum de la couche optique ne présente pas d'atrophie appréciable d'aucun côté.

Remarquons, toutefois, que sur la coupe de la figure 3, Pl. VII, la couche optique, du côté gauche, est coupée un peu plus superficiellement que la couche optique du côté droit.

Sur les coupes pratiquées un peu plus bas (fig. 4, Pl. VII), l'atrophie du *segment antérieur* de la capsule interne, tout en étant encore prononcée, *est déjà en voie de disparition*. Sur cette coupe nous voyons encore, outre le noyau caudé et la couche optique, le *segment externe du noyau lenticulaire* (putamen) et nous pouvons, par conséquent, parler dès à présent, du segment « lenticulo-strié » et du segment « lenticulo-optique » de la capsule interne. Le « genou » de la capsule est peu prononcé. Mentionnons, en outre, qu'on voit sur la coupe, la glande pinéale avec ses pédoncules, les tubercules quadrijumeaux antérieurs de deux côtés, et le tubercule quadrijumeau postérieur du côté droit.

Reprenons les atrophies secondaires :

Le segment *lenticulo-strié* de la capsule du côté gauche contient toujours encore moins de faisceaux de tubes nerveux que celui du côté droit ; les îlots de substance blanche sont séparés par des lames de substance grise plus larges. Le noyau caudé du côté gauche, est toujours encore plus développé sur la coupe.

Le segment *lenticulo-optique,* du côté gauche, est visiblement réduit dans son diamètre sagittal (ou antéro-postérieur) ; c'est la partie la plus *antérieure* de ce segment qui est frappée d'atrophie ; le noyau caudé déborde visiblement, en arrière, son congénère du côté droit.

Le *noyau externe* de la couche optique semble toujours être un peu moins développé du côté gauche.

Encore plus bas (figures 5 et 6, Pl. VII), le segment *lenticulo-strié* de la capsule ne présente plus d'atrophie appréciable ; le foyer atrophique dans le segment *lenticulo-optique* de la capsule est, au contraire. très manifeste.

Il faut que je m'arrête avec plus de détails sur la topographie de cette région de la capsule.

La figure 5 de la planche VII, et les figures 1^a 1^b de la planche VIII se rapportent au même niveau, avec cette différence que dans les dernières figures le corps opto-strié est grossi davantage, pour faire mieux ressortir les radiations des fibres de la capsule.

Du côté *droit* nous pouvons reconnaître dans le segment *lenticulo-opti-*

que de la capsule plusieurs régions : (*a*) la région la plus antérieure, étroi est formée essentiellement des radiations provenant du segment *lenticu strié* de la capsule et s'irradiant d'avant en arrière et de dehors en dedai vers l'extrémité antérieure de la couche optique Sans vouloir me livrer une étude approfondie sur l'origine de ces fibres, je me borne à remarque chemin faisant, qu'elles proviennent selon toute apparence et du moins partie de la partie antérieure de l'hemisphère (lobe sus-orbitaire de Leure (*d*) la région la plus postérieure du segment lenticulo-optique de la capsi est formée par une couche étroite des fibres nerveuses émanant selon toi apparence de la substance blanche du lobe temporal-occipital, ou, pc parler plus exactement, des circonvolutions situées en arrière de la sc sure sylvienne) pour s'irradier vers l'extrémité postérieure de la couc optique. De même que les précedentes, ces fibres se présentent sur coupe longitudinale. Entre ces deux régions extrêmes du segment len culo-optique de la capsule, on remarque une couche allongée, envir quatre fois plus longue que chacune des régions précédentes (il ne saur être question d'une précision mathematique en pareille matière) ; et co posée essentiellement, non pas uniquement, de tubes nerveux coup *transversalement*. A la partie postérieure de cette couche (*c*) les fibi longitudinales forment des *lames serrees* qui ne sont séparées que par minces travees de fibres horizontales obliques. A la partie anterieure cette couche (*b*), la disposition lamellaire des ilots de substance blanc est moins accusée et finit par s'effacer même complètement dans le voi nage de la region antérieure décrite sous *a* du segment lenticulo-optiq de la capsule

Quoique les couches décrites sous *c* et *b* ne se distinguent pas d'une fa absolument tranchée des régions decrites sous *a* et *d*, j'estime néanmoi que cette division du segment lenticulo-optique de la capsule peut no rendre service pour distinguer les differentes radiations de la capsule.

Encore quelques mots sur la manière dont les couches, decrites sous et *c* du segment lenticulo-optique de la capsule sont limitées en dehors en dedans. *En dehors*, elles sont separées de la face interne et postérieu du noyau lenticulaire par une couche de fibres, s'irradiant obliquement dehors en dedans et un peu d'avant en arrière et provenant selon toi apparence du noyau lenticulaire (*e* fig. 1 et 2, Pl. VIII). *En dedans*, ell sont séparees de la surface externe de la couche optique par le stratu reticulatum et la lamina medullaris externa (*s r*).

Eh bien, du côté *gauche*, la région la plus anterieure, décrite sous *a*, segment lenticulo-optique de la capsule, de même que sa région la pl postérieure décrite sous *d* sont intactes.

La couche decrite sous b au contraire, *est frappée d'atrophie*. En faisa abstraction des subdivisions que nous avons décrites dans la capsule, no pouvons dire que la partie frappée d'atrophie, correspond *aux deux tie postérieurs de la moitié antérieure du segment lenticulo-optique de la ca sule interne*.

Sur les coupes pratiquées plus bas encore, et portant sur la commissure antérieure (fig. 6, Pl. VII), l'îlot atrophique de la capsule est situé un peu plus en arrière, *il correspond maintenant en allant d'avant en arrière, aux deuxième, et troisième cinquièmes environ, du segment lenticulo-optique de la capsule.*

Je n'ai pas fait des coupes horizontales au-dessous du niveau, auquel se rapporte la figure 6, car il fallait ménager le plan inférieur du pédoncule cérébral pour pratiquer sur ce dernier des coupes transversales.

B. *Pédoncule cérébral.* — Sur la coupe de ce pédoncule portant sur les corps mammillaires (fig. 2, Pl. VIII), *l'îlot d'atrophie secondaire correspond à la partie interne* du pied du pédoncule. A ce niveau on reconnaît aisément dans l'étage inférieur du pédoncule cérébral deux régions : 1) une *externe* et supérieure (*p. c. e*), 2) l'autre *interne* et inférieure (*p. c. i*), surmontée d'un amas de substance grise, affectant sur la coupe la forme d'une lentille biconvexe. Tout en présentant une atrophie manifeste, cette partie interne du pied du pédoncule, du côté gauche, n'est nullement disparue en entier.

C'est encore la partie *interne* du pied de pédoncule, qui se montre atrophiée sur les coupes du pédoncule, pratiquées un peu plus en arrière (fig. 3. Pl. VIII).

Plus en arrière encore, au niveau de l'émergence des fibres radiculaires de l'oculo-moteur, (fig. 4, Pl. VIII), la conformation du pied du pédoncule a subi quelques changements : Les fibres de sa région externe ont fini par entourer complètement la région interne du pied ; de sorte qu'on ne reconnaît plus de région externe et de région interne, comme sur les figures précédentes, mais une région *inférieure*, à fibres décrivant des arcs dont la convexité regarde la face inférieure du pédoncule, et une *supérieure*, d'apparence *réticulée*, et constituée d'îlots de fibres longitudinales, séparés par des trabécules de substance grise. *C'est précisément cette dernière région qui est atrophiée du côté gauche*; ici encore, les îlots de substance blanche ne sont pas entièrement disparus.

Enfin, sur les coupes du pédoncule dans le voisinage immédiat du pont (fig. 5, Pl. VII), *c'est la région supérieure et moyenne du pédoncule*, qui présente une atrophie extrêmement manifeste. La région atrophique arrive en contact immédiat avec la substance grise de Sœmmering.

C. *Protubérance annulaire et moelle allongée.* — L'atrophie de la pyramide correspondant à l'hémisphère du côté gauche, est frappante, et peut facilement être suivie dans le pont et dans la moelle allongée. Je signale plus particulièrement le fait que, tout en étant très prononcée, l'atrophie de la pyramide n'est pas *complète*. La figure 6, *a* (Pl. VIII), représente les contours de la pyramide des deux côtés, au niveau de la région du corps trapézoïde, à un grossissement de 7 fois. La pyramide *gauche* occupe, sur la coupe, un espace environ six fois plus petit que la pyramide du côté droit.

J'ai examiné tout particulièrement les *faisceaux postérieurs*, et leurs voies présumées de continuation dans la moelle allongée.

La couche de tubes nerveux située à la limite
l'étage supérieur du pont, « Schleifenschicht » d
présente pas de différences bien appréciables de
la moitié interne de cette couche paraît un peu m
gauche, c'est-à-dire du côté correspondant à la p
la différence est trop faible pour qu'on puisse la

J'en puis dire autant de la couche des fibres sit
et les olives (*Olivenzwischenschicht*, portion sens
est, peut-être, légèrement moins développée du c

L'altération que j'ai pu reconnaître avec plus
noyau du cordon de Goll qui est un peu moins
Cette légère réduction de volume de ce noyau
d'atrophie appréciable des cellules, et ne s'obse
la partie inférieure (caudale) de cette colonne gri

Le *noyau du cordon de Burdach* paraît symé
deux côtés.

Les *cordons* de Goll et de Burdach paraissent sy
de deux côtés.

D.! *Moelle épinière.* — La partie postérieure d
gauche, présente une rétraction manifeste, visibl
beaucoup plus accusée dans la région cervicale q
En comparant attentivement la région du faisceau
sur des coupes fines, colorées par le carmin et u
Canada, on constate la disparition d'un grand no
ce faisceau du côté *droit;* la réduction de la régi
est compensée par l'affaissement de la partie po
ral. *Les fibres larges qui sont dispersées dans la*
se groupent surtout à sa limite externe (voir la figur
sont demeurées intactes. Du côté gauche, la regio
se distingue aisément par la prépondérance mar
colore un peu plus vivement par le carmin que
cordon latéral.

Le cordon antérieur de la moelle est également
et ne présente aucune altération.

Le faisceau cérébelleux est intact des deux côt

Les colonnes grises de la moelle ne présentent
préciables de deux côtés. La disposition des cellu
est symétrique et ne présente rien de particuli
toutefois que dans la région dorsale de la moelle,
côté droit, est un peu plus mince, mais en revan
que la corne antérieure du côté gauche.

Les cellules de la *colonne vésiculaire de Clarke*
côtés.

Envisageons de plus près les faits que j

1° *Ilot d'atrophie secondaire dans la capsule interne.*

Nous avons vu qu'au niveau de la partie la plus supérieure du corps opto-strié, encore au-dessus du noyau lenticulaire, c'est le segment *antérieur* de la capsule, qui est le siège d'une atrophie très marquée (fig. 3, Pl. VII) ; que déjà au niveau d'apparition du segment externe du noyau lenticulaire, l'atrophie du segment antérieur de la capsule est en voie de disparition (fig. 4, Pl. VII) ; et enfin, qu'à partir du niveau horizontal portant sur les segments externe et *moyen* du noyau lenticulaire et plus bas, c'est le segment *postérieur* ou « lenticulo-optique » de la capsule qui est seul atteint d'atrophie secondaire (fig. 5 et 6, Pl. VII).

En s'appuyant sur ces faits, on serait tenté de conclure que le faisceau pyramidal correspond au segment antérieur de la capsule par la partie supérieure, seulement, de son trajet intra-capsulaire ; dans tout le reste de ce trajet, il se place, au contraire, dans le segment *postérieur,* ou « lenticulo-optique » de la capsule.

Il y a cependant une restriction à faire par rapport à l'atrophie du segment antérieur de la capsule. Cette atrophie est-elle due, *uniquement,* à la lésion du faisceau pyramidal, ou, ce qui paraît probable, à la lésion concomittante des fibres émanant soit du lobe orbitaire, soit de la circonvolution limitant, en arrière, la partie inférieure du sillon sus-orbitaire (ant. composite, Langley), fibres qui devaient être en partie interceptées dans leur trajet profond, à cause de l'extension dans la profondeur de la lésion de l'hémisphère (voir les fig. 1 et 2, Pl. VII) ? C'est là une question qui, pour être résolue, demanderait des recherches nouvelles. Mais, ces réserves faites, nous pouvons conclure :

Le faisceau pyramidal, chez le chien, ne correspond au segment antérieur de la capsule que par une petite partie de son trajet intra-capsulaire, au niveau de la partie la plus supérieure du corps opto-strié. *A partir du niveau horizontal portant sur la partie supérieure du noyau lenticulaire et plus bas, la région « pyramidale » de la capsule se trouve, tout entière, dans le segment postérieur ou « lenticulo-optique » de la capsule*[1] ; et

[1] Comme je l'ai exposé plus haut, dans l'aperçu historique, le faisceau pyramidal

correspond, successivement et de haut en bas, à la partie an rieure de ce segment (fig. 4, Pl. VII); aux deux tiers postérie de sa moitié antérieure (fig. 5, Pl. VII), et enfin aux deuxiè et troisième cinquièmes, environ, de ce segment, en procéd d'avant en arrière (fig. 6, Pl. VII).

Il en résulte, que la disposition du faisceau pyramidal d la capsule interne ne présente pas de différence *essentielle* c l'homme et chez le chien ; mais, à en juger d'après la descr tion et les figures de Flechsig, la région pyramidale de la c sule, chez l'homme, serait située plus en arrière qu'elle ne l' chez le chien (voir plus haut, page 530).

correspondrait d'après les recherches précitées de v. Monakow sur le *lapin*, à la pa antérieure de la capsule interne. Dans un travail publié plus tard, en 1884, v. nakow parle, entre autres, d'un chat nouveau-né auquel il a enlevé le gyrus sigm du côté droit. (Exper. Beitr. zur Kenntniss der Pyramiden- und Schleifenbahn, *Cor pondenz-Blatt für schw. Aerzte,* XIV, n° 6, p. 138, Katze γ.) Il aurait été intéres de connaître le siége de la lésion atrophique dans la capsule interne; cette ques est, malheureusement, passée sous silence Chez le deuxième chat décrit par v. M kow, la lésion du cerveau était plus compliquée et intéressait, outre la région pa tale et la sphère visuelle de l'hémisphère, une partie de la *capsule interne*; le gy sigmoïde était demeuré intact. (Ibid , p 132 , Katze x) Il est à regretter que la ré cérébrale soit décrite d'une manière très sommaire, d'autant plus que le travail n pas accompagné de figures. Il est évident que cette expérience ne se prête pa l'étude des lésions atrophiques *secondaires* de la capsule, car la capsule interne a lesée directement pendant l'opération. V. Monakow a constaté dans ce cas, sur coupes transversales de la partie antérieure du corps strié, que la partie inférie restée intacte, de la capsule contient des fibres provenant du lobe olfactif, tandis les deux tiers supérieurs, frappés d'atrophie ascendante, de la capsule devaient c prendre à la fois des fibres provenant de la pyramide et de la couche optique (Ib p. 135).

Avec cela nous avons épuisé tout ce que v. Monakow a décrit sur le siége de lésion dégénérative du faisceau pyramidal dans la capsule interne, chez le chat s'exprime d'une manière beaucoup trop affirmative dans l'introduction à son trav en traçant le parcours du faisceau pyramidal (Pyramidenbahn) . « Aus der Rinde Vorderhirns ihren Ursprung nehmend setzt sie auf dem directesten Wege (den vorde Schenkel der inneren Capsel durchsetzend und weiter unten den medialen Theil Grosshirnschenkels einnehmend) das Grosshirn mit dem Rückenmark in Verbindung (Ibid., p. 129).

En définitive, c'est par le segment *antérieur* de la capsule interne que v. Monal fait passer le faisceau pyramidal chez les animaux, mais il n'indique pas la ou espèces animales auxquelles se rapporte sa conclusion.

Je crois avoir démontré dans mon présent travail, que cette conclusion n'est soutenable pour le *chien*. Je puis encore ajouter que la lésion dégénérative, consé tive à l'ablation du gyrus sigmoïde de la capsule interne chez le *chat*, corresp également, en grande partie, au segment postérieur lenticulo-optique de la capsule

Le fait que le faisceau pyramidal se retrouve chez le chien, dans le segment *lenticulo-optique* de la capsule est, si je ne me trompe, important à connaître pour le physiologiste.

En effet, une lésion expérimentale de la région pariétale, située en arrière de la région dite motrice de l'hémisphère peut, *si elle s'étend profondément,* intéresser directement la région pyramidale de la capsule ou retentir d'une manière indirecte sur elle, et produire des symptômes que l'on serait tenté d'attribuer à l'ablation du gyrus sigmoïde et à la lésion du faisceau pyramidal. Peut-être ce fait n'a-t-il pas été suffisamment pris en considération dans la vive discussion qui s'est élevée entre les physiologistes, sur la question de la localisation dans les fonctions des hémisphères.

Quoi qu'il en soit, il est évident que, pour juger de la localisation d'une lésion expérimentale, il ne suffit pas d'en indiquer l'étendue sur la *surface* de l'hémisphère, mais il faut étudier son extension dans la profondeur et noter tout particulièrement l'état de la capsule interne.

Le fait que le faisceau pyramidal, chez le chien, se place dans le segment lenticulo-optique de la capsule présente de l'intérêt encore sous un autre point de vue.

On se rappelle, que Carville et Duret [1], ont été conduits à conclure de leurs expériences, que la lésion du segment antérieur ou « lenticulo-strié » de la capsule s'accompagne chez le chien de symptômes de *paralysie motrice,* comme on l'observe chez l'homme, tandis que la lésion du segment postérieur ou *lenticulo-optique* de la capsule provoque les symptômes d'*hémianesthésie.*

Eh bien, nous voyons maintenant, que si effectivement le faisceau pyramidal correspond par une petite partie de son trajet au segment antérieur de la capsule, il passe essentiellement par son segment postérieur ou lenticulo-optique. Si, en effet, les lésions de cette région de la capsule interne s'accompagnent des symptômes d'hémianesthésie, comme le constatent Carville et Duret, quelle est la fonction qu'il faut attribuer, alors, au faisceau pyramidal ; et est-on autorisé à expliquer les symptômes paralytiques consécutifs aux lésions de la partie *antérieure* de la capsule par la lésion du faisceau pyramidal ?

[1] Carville et Duret, Sur les fonctions des hémisphères cérébraux, *Archives de physiologie norm. et pathlog.,* 1875, p. 466.

2° *Ilot d'atrophie secondaire dans l*

Nous avons constaté que le siège de pondant au faisceau pyramidal dans le bral, varie selon la région du pédoncu *interne* (et inférieure) au niveau de l' pied du pédoncule (fig. 2, Pl. VIII), il fi partie *supérieure* (et moyenne), *rétic* extrémité postérieure (fig. 5, Pl. VIII).

Il est à noter que la disposition du f le pédoncule cérébral, chez le chien, avec la disposition qui lui est assignée p humain.

D'après ses recherches, en effet, le respondrait sur une coupe du pédonc émergence du cerveau au troisième qu inférieure du pied du dit pédoncule [1].

Il n'en est pas ainsi chez le chien.

Au contraire, les faits que j'ai constat avec les recherches de Gudden [2] et de lement noté l'atrophie de la partie int cule à la suite d'ablation de la région e le premier sur le chien, le second sur l

Seulement, ces expérimentateurs n que le siège de l'îlot d'atrophie second dal dans le pédoncule cérébral change postérieure de ce pédoncule dans le n'ont pas suivi ces changements d'une

3° *Atrophie de la pyr*

Relevons plus particulièrement le f côté gauche, n'est pas disparue *en entie* et que dans sa partie conservée on *tubes nerveux,* et non pas un résidu de

[1] P. Flechsig, Ueber Systemerkrankungen. etc. fig. 9.

[2] von Gudden, sa lettre dans le livre de Kussm p. 111.

[3] von Monakow, Weitere Mittheilungen, etc. *Arc*

Il s'ensuit que *la région extirpée de l'hémisphère,* et cette région comprend la presque totalité du gyrus sigmoïde, la plus grande partie de la circonvolution « coronaire, » et l'extrémité antérieure de la deuxième circonvolution externe, *ne contient pas toutes les fibres qui concourent à la formation de la pyramide dans la moelle allongée* [1].

Cette observation vient à l'appui de le conclusion que j'ai formulée dans ma dissertation [2], savoir « que les extirpations n'intéressant qu'une petite partie de la marge externe du gyrus sigmoïde, et siégeant dans la région C de notre cerveau schématique [3], peuvent aussi être accompagnées de dégénération secondaire dans la moelle épinière » (p. 112).

Dans l'expérience que je viens de rapporter, une très petite partie postérieure du gyrus sigmoïde, et une partie plus considérable de la circonvolution « coronaire » ont été ménagées (comp. la fig. 1, Pl. VII), et c'est précisément à la conservation de ces régions de l'hémisphère qu'il faut attribuer la conservation partielle de la pyramide.

4° *Atrophie du noyau du cordon de Goll.*

Le fait que ce noyau est un peu moins développé du côté opposé à l'extirpation de la région de l'hémisphère du côté gauche, est certainement intéressant et n'a pas encore été, à ma connaissance, noté jusqu'à présent.

Il est vrai que von Monakow mentionne l'atrophie du noyau du cordon de Goll dans un cas d'ablation de la région *pariétale* de l'hémisphère, chez le chat nouveau-né, mais il dit expressément, que la région du gyrus sigmoïde est demeurée intacte dans son expérience [4].

Dans l'expérience qui est rapportée dans ce travail c'est précisément le contraire qui a eu lieu.

Le retentissement de la région du sillon crucial sur le noyau

[1] L'ablation isolée du gyrus sigmoïde chez le chat nouveau-né ne provoque, d'après Monakow, que l'atrophie partielle de la pyramide. *Correspondenz-Blatt f. schw. Aerzte,* XIV, p. 133.

[2] Voir aussi le *Recueil zoolog. suisse,* Tome II, fasc. 3.

[3] Cette région comprend l'écorce de l'hémisphère située obliquement en dehors et en arrière du gyrus sigmoïde.

[4] von MONAKOW, Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Pyramiden- und Schleifenbahn ; *Correspondenz-Blatt für schweizer. Ærzte,* 1884, n° 6, p. 164.

du cordon de Goll, paraît indiquer que la région excit
l'hémisphère se met en rapport croisé avec ce noyau ; n
communications ne peuvent être que très peu étendues
que *la réduction de volume du noyau du cordon de Goll,*
appréciable au microscope, n'est que très légère ; les
nerveuses sont, d'ailleurs, conservées et ne présentent
différences bien appréciables avec les cellules du côté

Remarquons en plus que la substance blanche des cor
Goll et de Burdach paraît être également développée d
côtés ; du moins il m'a été impossible de constater sous
port une différence bien appréciable au microscope.

Si j'insiste sur ces détails, c'est que dernièrement on a
la dégénération secondaire du cordon postérieur, à l
d'ablation du gyrus sigmoïde.

V. Marchi et G. Algeri [1] ont pu déceler « quelques rare
dégénérées » dans le cordon de Burdach, consécutive
l'ablation de la zone motrice chez le chien et le singe (a
Il faut supposer que le cordon de Goll était exempt de
ration secondaire; du moins ces auteurs n'en font pas m

Dans l'expérience que j'ai relatée, et qui s'adresse à l'
nouveau-né, ni le cordon de Goll, ni le cordon de Burd
sont atteints d'atrophie, c'est-à-dire de réduction de volu
préciable.

Il est vrai que la méthode d'expérimentation sur l'
nouveau-né ne se prête guère à la recherche de *quelque*
dégénérées, mais s'il y avait continuation *directe* et inint
pue des fibres du cordon postérieur jusqu'à la zone excit
cerveau, si le nombre de ces fibres était plus ou moi
sidérable, l'atrophie de ce cordon devrait, ce me semb
bien appréciable.

J'ai décrit, d'ailleurs, moi-même, un nombre assez c
rable de lésions de la région dite « motrice » de l'hémi
sur le chien *adulte ;* j'ai aussi examiné dernièrement pl
lésions analogues sur le chat et je ne suis pas arrivé
stater des fibres dégénérées dans le cordon de Burd
dans celui de Goll.

Il résulte des constatations qui viennent d'être faites

[1] Marchi e Algeri, Sulle degenerazioni discendenti consecutive a les
corteccia cerebrale; *Rivista sperimentale de Freniatria e di Medicina Leg*
Fasc. IV.

passage *direct* et *ininterrompu* des fibres du cordon postérieur dans le gyrus sigmoïde ne saurait être admis ; il est, au contraire, probable que le *noyau* du cordon de Goll se met en rapport croisé avec les circonvolutions sus-mentionnées de l'hémisphère, mais ces relations ne paraissent pas bien étendues.

5° *Atrophie du faisceau pyramidal et constitution du cordon antéro-latéral de la moelle.*

Dans la moelle épinière, l'atrophie secondaire n'a pu être constatée qu'au niveau de la région du faisceau pyramidal (croisé). Je n'ai pas à m'arrêter plus particulièrement sur cette atrophie généralement connue.

Je tiens, au contraire, à relever de nouveau le fait que, malgré la profondeur de la lésion de la région dite « motrice » du cerveau et l'atrophie si considérable de la pyramide du bulbe rachidien, ni les fibres larges qui se groupent à la limite externe de la région pyramidale proprement dite, entre cette dernière et le faisceau cérébelleux, ni les tubes qui sont situés le long de la périphérie ventrale du cordon antérieur, *ne présentent aucune trace d'altération secondaire.*

Ceci m'entraîne dans quelques considérations sur la constitution du cordon antéro-latéral de la moelle qui, tout en étant déjà exposées d'une façon détaillée dans un de mes travaux précédents (*Recueil zoolog. suisse,* tome II, fasc. 3), méritent, si je ne me trompe, d'être rappelées à nouveau, d'autant plus que j'ai cherché à corroborer par des recherches nouvelles les conclusions que j'ai formulées dans le dit travail.

Je me suis attaché à démontrer qu'indépendamment du faisceau pyramidal, il existe dans la partie postérieure du cordon latéral chez le chien un *système à part* de fibres longues, de gros calibre, qui sont dispersées, pour une petite partie, dans l'intérieur même de la région pyramidale du cordon latéral, mais qui sont situées principalement à la limite entre cette dernière et la partie compacte du faisceau cérébelleux. Ce faisceau de fibres plus ou moins dispersées forme dans la région cervicale un îlot relativement plus cohérent, mais qui peut être suivi tout en diminuant en densité et se dispersant davantage, tout le long de la région dorsale, et jusqu'à la partie inférieure de la région lombaire. Pour tout ce qui concerne les détails sur la disposition

fibres dans les différents segments de la moelle épinière,
oie à la description et aux figures que j'ai données dans
avail précité.
ibres, tout en dégénérant dans la direction *descendante,*
elles sont interceptées dans un point quelconque de leur
médullaire, *ne subissent point de dégénération secon-*
ni à la suite d'ablation de la zone dite « motrice corti-
comme c'est le cas pour le faisceau pyramidal, *ni à la*
extirpation des autres régions de l'hémisphère, en tant
s sont accessibles à l'expérimentation.
lève plus particulièrement le fait que je ne me suis pas
examiner les dégénérations secondaires, consécutives à
ou du gyrus sigmoïde et de son voisinage immédiat;
ai étudié également les résultats de l'extirpation de l'ex-
antérieure de l'hémisphère (lobe sus-orbitaire, Leuret)
artie moyenne, de même que de sa région postérieure.
examiné dernièrement un certain nombre de lésions cor-
que j'ai exécutées d'une manière méthodique sur le
t le chat, dans les différentes régions de la surface de
phère, en tant qu'elle est accessible à l'expérimentation.
endrai occasionnellement sur ces expériences avec plus
uils; il me suffit de dire pour le moment que les résultats
s ont fournis sont en accord parfait avec mes observations
entes; et dans aucune de ces expériences je n'ai constaté
énération secondaire du système à part de fibres longues,
nné plus haut.
es, la partie temporo-sphénoïdale et la région de l'hémis-
qui est en rapport avec la tente du cervelet, n'ont pas
plorées, étant difficilement accessibles à l'expérimen-

lra-t-on admettre que c'est précisément à ces parties de
phère que viennent aboutir le système des fibres sus-
A coup sûr non. Les observations pathologiques sur
ne (Charcot, Pitres et autres), les expériences de v. Mo-
sur le lapin nouveau-né tendent à prouver que la des-
n de ces régions ne provoque ni atrophie secondaire de
amide du bulbe rachidien, ni dégénération secondaire
moelle épinière.
pouvons conclure, par conséquent, que *le susdit système*
es du cordon latéral n'aboutit point au cortex de la sur-
l'hémisphère et ne doit pas être confondu avec le faisceau
idal.

Je proposerais de désigner ces fibres sous le nom de *système intermédiaire* du cordon latéral, à cause des rapports qu'elles contractent avec le faisceau pyramidal d'une part, et le faisceau cérébelleux d'autre part (*f, i, l,* fig. schem. 7, Pl. VIII).

Je puis ajouter que les fibres de ce système intermédiaire du cordon latéral, comme je le désignerai désormais, se continuent à coup sûr dans la partie inférieure du bulbe rachidien, se placent immédiatement en dehors de la formation réticulaire de Deiters (*processus reticularis*), *mais ne prennent pas part à la partie inférieure de l'entre-croisement des pyramides.*

Ceci résulte d'une expérience décrite dans mon travail déjà mentionné, dans laquelle il s'agit d'une lésion destructive de toute une moitié de la moelle, qui remontait jusqu'à la partie inférieure du bulbe rachidien (*loc. cit.* p. 48 à 59, chien III). J'ai dit expressément à la page 57 : « Aussi faut-il tenir compte de la destruction des régions internes des cordons antérieurs qui, à la hauteur où siégea [1] la région, sont déjà occupées par les fibres du faisceau pyramidal en voie d'entre-croisement. Mais, ce qui n'est pas sans intérêt, c'est que les fibres de la zone externe (c'est-à-dire les fibres que je propose maintenant de désigner sous le nom de système intermédiaire du cordon latéral) qui ont dégénéré à gauche, *n'ont pas dégénéré à droite.* » L'intérêt du fait dont je parle dans cette citation consiste précisément en ce qu'il démontre d'une manière *directe*, que la lésion de la partie inférieure de l'entre-croisement des pyramides n'entraîne *point* la dégénération secondaire des fibres du système intermédiaire du cordon latéral.

L'expérience que j'ai rapportée dans le présent travail vient à l'appui de la précédente, car elle démontre que malgré l'atrophie si frappante de la pyramide (fig. 6, *a, b, c,* Pl. VIII), le système intermédiaire du cordon latéral est resté tout à fait indemne.

Ce n'est toutefois pas une expérience *décisive*, car une partie, quoique très petite, de la pyramide est restée conservée.

D'après les recherches de v. Gudden, l'ablation de la région frontale de l'hémisphère (Stirnhirn) sur le chien nouveau-né, a pour effet de provoquer l'atrophie ou, pour mieux dire, la disparition *complète* de la pyramide (Gudden [2], Mayser [3]).

[1] Par faute d'impression imprimé « siégera. »

[2] v. Gudden, loc. cit. p. 111.

[3] Mayser, *Arch. f. Psych.*, Bd. IX, Fig. 5 *a*. Il est à regretter que le dessin du

Il devient très probable, si ce n'est certain, d'après ce riences, que chez le chien (et le lapin) les fibres de la py se retrouvent *toutes* dans le cortex de l'hémisphère.

Flechsig tend à admettre la même chose pour l'homm

Les fibres du système intermédiaire du cordon latéi *contraire*, ne dégénérant jamais à la suite des lésions co de l'hémisphère, comme j'ai cherché à le prouver, n'a sant par conséquent pas au cortex de l'hémisphère, il éminemment probable, si ce n'est certain, que *ces fil prennent pas part à la constitution de la pyramide d rachidien*.

J'ai cherché, en outre, à démontrer dans mes rech précédentes que le faisceau considérable qui longe la interne et ventrale du cordon antérieur, et *se continue dans le cordon latéral*, en s'écartant de sa périphérie (*f.* fig. schem. 7, Pl. VIII) n'est pas du tout équivalent à la antérieure, dite directe, du faisceau pyramidal com énoncé Schiefferdecker, mais présente également *un s à part* de fibres qui, tout en dégénérant à la suite de lé la moelle, *ne subissent point d'altération secondaire con vement à l'ablation des diverses régions de la surface c misphère*[1]. Je renvoie pour de plus amples détails et partie historique à mon travail précité.

On pourrait donner à ce faisceau le nom de *faisceau nal antérieur*.

cerveau ne soit pas donné. La lésion de la région frontale de l'hémisphè être plus étendue qu'elle ne l'était dans l'expérience rapportée dans le préser car dans ce cas la pyramide n'est pas disparue dans sa totalité.

[1] . . « Dass destructive Erkrankungen der gesammten « Zone motrice c totale Degeneration der entsprechenden Pyramidenbahnen zur Folge haben, mit Rücksicht auf den von mir beobachteten Fall für wahrscheinlich. Control nach dieser Richtung hin erscheinen von grossem Interesse, da sich mit Hül ben endgültig der Nachweis erbringen lassen dürfte, dass sämmtliche Pyra sern von der Hirnrinde entspringen. » FLECHSIG, Systemerkrankungen, p.

[2] Langley, J.-N., me fait dire dans son travail : Recent Observations on I tion, and on Nerve Tracts in the Spinal Cord. A Critical Account. Part. *XXXIII*, 1886) que j'ai désigné ces fibres sous le nom de « fibres commissurales. » En réalité, je ne me suis point servi de l'adjectif *commissu* j'ai employé tout simplement les termes : « fibres longues qui se groupent moitié ventrale du cordon antéro-latéral, » et « fibres longues qui se group la moitié dorsale du cordon latéral ; » pour ne rien préjuger, *ni de l'origin connexions* de ces deux systèmes de fibres à long trajet.

En définitive, il faut reconnaître dans le manteau du cordon antéro-latéral chez le chien (et le chat) *deux systèmes à part* : 1° L'un situé dans le segment postérieur (dorsal) du cordon latéral; c'est *le système intermédiaire du cordon latéral*[1]. 2° L'autre, situé dans le segment antérieur (ventral) du cordon antéro-latéral; c'est le *faisceau marginal antérieur*.

La disposition de ces deux systèmes de fibres longues chez le chien est indiquée d'après mes recherches précédentes et d'une manière schématique dans la figure 7, Pl. VIII.

Il y a lieu maintenant de poser les questions suivantes : Quelle est l'origine, la terminaison, la fonction de chacun de ces deux systèmes de fibres ?

Mais avant tout il faut se demander s'ils existent chez l'homme; et, dans ce cas, ce qui paraît probable, quelle est leur situation exacte dans le cordon antéro-latéral de la moelle.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, de rapporter une observation que j'ai faite, sur le fœtus humain; et que je n'ai pu compléter faute de matériaux. Si j'en parle, malgré son caractère fragmentaire, c'est que quelques communications faites dernièrement semblent indiquer que chez l'homme aussi il existe d'autres systèmes à étudier que ceux établis jusqu'à présent (Bechterew[2], Gowers)[3].

La pièce que j'avais à ma disposition provenait de la morgue de l'Hôpital cantonal de Lausanne. J'ai fait durcir le cerveau et la moelle du dit fœtus dans le liquide d'Erlicki. La longueur a été mesurée, mais ayant transporté plus tard les centres nerveux dans un autre bocal, j'ai malheureusement omis d'indiquer le chiffre sur l'étiquette. Il est vrai, qu'en se basant sur les indications données par Flechsig par rapport au développement de la gaine de myéline dans les faisceaux de la moelle, on peut, rien qu'en examinant cet organe se faire une idée approximative ce l'âge probable du fœtus qui l'a fourni.

[1] La disposition de ces fibres chez le chat n'est pas tout à fait la même que chez le chien; je ne veux pas insister pour le moment sur ces détails d'un intérêt subordonné.

[2] W. BECHTEREW, Ueber ein besonderers im vorderen Theil der Seitenstränge des Rückenmarkes verlaufendes Bündel langer Fasern, zur December-Sitzung der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft. 1884 (Russisch). Referat de P. Rosenbach in *Neurologisches Centralblatt*, n° 7, 1885.

[3] W.-R. GOWERS, Bemerkungen über die antero-laterale aufsteigende Degeneration im Rückenmark. *Neurolog. Centralb.*, n° 5, 1886.

La figure 8, Pl. VIII, représente une coupe tran
servée, sans coloration dans la glycérine, de la mo
du dit fœtus humain.

La coupe a été pratiquée dans la région cervic
3me et 4me paires rachidiennes.

Les faisceaux pyramidaux croisés ne contenant
de substance myéline se détachent admirablement
de leur transparence.

Les faisceaux cérébelleux, au contraire, parais
et sombres ; toutefois le développement de la gain
dans les fibres de ce faisceau ne paraît pas être a
ment, car on reconnaît dans son intérieur de très
transparents.

On ne distingue point, sur la coupe, de faisce
direct. On sait d'ailleurs que ce faisceau n'est pas

La couche de substance blanche interposée entr
pyramidal croisé et la substance grise (« mediale
der grauen Substanz, » Flechsig) tout en possédant
stance myéline est cependant moins opaque que le
belleux, par exemple.

Dans la partie ventrale du cordon latéral on r
zone *plus translucide* (*x*, fig. 8) et composée, par
de tubes dont la gaine médullaire n'est pas auss
que dans le reste de la partie fondamentale du co
Cette zone empiète à la fois sur le cordon antéri
latéral ; elle longe la partie externe du bord anté
rieur, au niveau de l'émergence des fibres radicula
nes antérieures, se continue ensuite dans le cord
s'éloignant un peu de sa périphérie, et finit par se
la moitié antérieure de ce cordon [1].

Dans la région *dorsale* de la moelle cette zone
devient méconnaissable.

A juger d'après sa disposition dans le cordon a
de la moelle, on serait tenté de la considérer co
lente au faisceau marginal antérieur chez le chi
fig. 8 avec la fig. 7). Il paraît, seulement, que ce

[1] Cette observation vient à l'appui des constatations de Beckte
disposition de cette zone plus transparente que j'ai figurée, est ana
disposition du nouveau faisceau que Bechterew cherche à établir da
ral, et qu'il a pu suivre sur le fœtus humain jusqu'au niveau du ren

ceau est plus volumineux et se continue en outre beaucoup plus en dedans que la première. Mais ce n'est qu'une pure et simple supposition.

Il est presque superflu d'ajouter, qu'il faut des recherches nouvelles pour élucider cette question, sur laquelle je ne fais qu'attirer l'attention.

Conclusions

1° La région « pyramidale » de la capsule interne, chez le chien, est située, à partir du niveau horizontal portant sur le segment externe et la partie supérieure du segment moyen du noyau lenticulaire, dans le segment postérieur lenticulo-optique de la capsule, et correspond successivement, et de haut en bas, à la partie antérieure, aux deux tiers postérieurs environ de la moitié antérieure, et aux deuxième et troisième cinquièmes environ, d'avant en arrière, du dit segment de la capsule.

2° Le faisceau pyramidal est situé sur la coupe de la partie antérieure du pied du pédoncule cérébral, dans sa partie interne, et finit par se placer dans sa région moyenne et supérieure (réticulée), à la limite antérieure de la protubérance annulaire.

3° L'origine cérébrale de la pyramide correspond, chez le chien, non seulement au gyrus sigmoïde, mais encore à toute l'étendue, au moins, de la circonvolution « coronaire. »

4° Il est bien probable, que les noyaux des cordons de Goll contractent des communications croisées avec les zones excitables des hémisphères cérébraux.

5° Il y a lieu d'établir dans le cordon latéral de la moelle chez le chien (et le chat) deux systèmes de fibres à part : *a)* l'un situé dans le segment dorsal du cordon latéral pourrait être appelé « système intermédiaire du cordon latéral, » *b)* l'autre, situé dans le segment ventral du cordon antéro-latéral pourrait être appelé « faisceau marginal antérieur. » Tout en se continuant dans la partie inférieure du bulbe rachidien, ces deux systèmes de fibres à long trajet ne prennent pas part à l'entrecroisement des pyramides, et n'aboutissent point à la couche corticale de l'hémisphère cérébral. Leur origine et leur terminaison sont, à l'heure qu'il est, inconnues.

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche VII

Les *figures* 1 *et* 2 représentent d'après nature et de grandeur naturel la partie de l'hémisphère gauche où se trouve la cavité décrite dans texte, sur deux coupes horizontales du cerveau, pratiquées, l'une au nive de la partie moyenne, l'autre au niveau de la partie inférieure de ce cavité.

c. Cavité dans l'hémisphère gauche.
m. Méninges (pie-mère et arachnoïde).
t. Trou conduisant dans le ventricule latéral du côté gauche.
t.c. Tissu cicatriciel adhérant au niveau du gyrus sigmoïde côté droit.
s.c. Sillon crucial.
S.G. Gyrus sigmoïde.
COR. Partie antérieure de la troisième circonvolution externe.
PR. et *OR* Lobe sus-orbitaire de Leuret.
AC. Circonvolution à laquelle aboutissent les extrémités antérieur des 3,2,1 circonvolutions externes.
SY. Moitié antérieure de la première circonvolution, ou sylvienn
Les chiffres 2,3,4 indiquent les circonvolutions d'après Leuret.
n c. Noyau intra-ventriculaire du corps strié.
tr. Trigone cérébral.
p.ch. Plexus choroïdes.

Les *figures* 3 *à* 6 représentent, sur la coupe horizontale du cerveau l'atrophie secondaire de la capsule interne sur quatre niveaux différent décrits dans le texte. Les dessins sont exécutés en grandeur naturell mais d'après des préparations fines colorées par l'hématoxyline de Weiger et montées dans le baume du Canada. Les faisceaux de la capsule inter (et la substance blanche en général) sont indiqués en noir; les noyaux à la base sont ménagés en blanc; seule, la région de la capsule interne e indiquée avec plus de détails.

n.l. Noyau lenticulaire.
n.c. Comme dans les figures précédentes.
c.o. Couche optique.
a. Son noyau antérieur.
e. Son noyau externe.
c.i.a. Segment antérieur de la capsule interne.
c.i.p. Segment postérieur de la capsule interne.
atr. Régions atrophiées de la capsule interne.
a.m. Avant-mur.
s.b. Substance blanche des circonvolutions.
i.R. Insula de Reil.

sy. Scissure de Sylvius.
s.l. Septum lucidum.
V. Ventricule de la cloison transparente.
c.a. Commissure antérieure.
c.p. Commissure postérieure.
g.p. Glande pinéale et ses pédoncules.
c.q.a. Corps quadrijumeaux antérieurs.
c.q.p. Corps quadrijumeau postérieur du côté droit.
H. Grand hippocampe.

Planche VIII

Les *figures* 1 *a* et *b* représentent avec plus de détails la région de la capsule interne de deux côtés sur une coupe horizontale du corps opto-strié, et portant sur le même niveau que la figure 5 de la planche VII. Gross. linéa. $^2/_1$. Les détails sont achevés au microscope à un faible grossissement.

Les lettres *n.c*; *c.i.a; c.o; n.l;* ont la même signification que dans les figures de la planche précédente; les lettres *a,b,c,d,e,* représentent les différentes régions qui se laissent reconnaître dans le segment lenticulo-optique de la capsule, et pour l'explication desquelles je renvoie au texte (p. 535 et 536). A gauche on voit l'ilot atrophié de la capsule (1 *a,b,atr*).

Les *figures* 2 *à* 5 représentent l'îlot d'atrophie secondaire du pied du pédoncule cérébral à quatre niveaux différents et expliqués dans le texte (p. 534 à 537). Gross. linéa. d'environ 2,4.

p.atr. Partie atrophiée du pied du pédoncule cérébral.
p.e. et *p.i.* Parties externe et interne du même.
p.sup. et *p.inf.* Parties supérieure et inférieure du même.
S.n. Substance grise de Sömmering.
III. Fibres radiculaires de la troisième paire.
3*v* Troisième ventricule.
Hy. Hypophyse.
t.o. Tractus optique.
c.ma. Corps mamillaires.

Les *figures* 6 *a,b,c,* représentent l'atrophie de la pyramide au niveau du corps trapézoïde (*a*); au niveau de la partie moyenne de l'olive inférieure (*b*) et au niveau de la partie moyenne de l'entre-croisement des pyramides (*c*). *py.atr*; pyramide atrophiée. Gross. linéa. d'environ $^7/_1$.

Fig. 7. Schema d'une coupe de la moelle épinière entre les 3me et 4me paires cervicales pour démontrer la disposition du *système intermédiaire du cordon latéral* et du *faisceau marginal antérieur*. Les cercles et les points indiquent d'une manière schématique les tubes nerveux de différente grosseur.

f.py. Région du faisceau pyramidal (croisé).

f.cd. Partie postérieure (dorsale) du faisceau cérébelleux
f.cv. Partie antérieure (ventrale) du même faisceau.
f.i.l. Système intermédiaire du cordon latéral.
f.marg. Faisceau marginal antérieur.

Fig. 8. Coupe de la moelle épinière d'un fœtus humain au-des la 3me paire cervicale. Durcissement dans le liquide d'Erlicki, co tion dans la glycérine. Gross. linéa. d'environ 7 fois.

f.py. Faisceau pyramidal (croisé) à l'état amédullaire.
x. Zone plus translucide empiétant à la fois sur la partie du cordon antérieur et sur le cordon latéral.

Leysin et la cure alpine d'hiver,

Par le Dr Louis Secretan,
Médecin de l'Hôpital cantonal à Lausanne.

Les stations alpestres pour la cure d'hiver se multiplien la Suisse centrale et orientale ; après Davos dont la ren est maintenant universelle, voici Wiesen, Saint-Moritz, I loja, Andermatt, pour ne citer que les plus connues. Et ju rien ou presque rien dans notre Suisse occidentale ; car Ch d'Œx est trop bas pour prétendre lutter avec les statio sonnes et les hôtes de Leysin ont été trop rares jusqu'à s d'hui pour compter dans le nombre.

Pourquoi cette infériorité des Alpes vaudoises et valais Est-elle irrémédiable ? Telles sont les questions qui s'imp à notre esprit lors de la charmante course que nous fîmes vos, l'hiver passé, mon ami le Dr Eugène de La Harpe e Bien souvent dès lors nous y avons réfléchi, bien souven avons pris la carte et passé comme une revue de nos diff stations, examinant avec soin leurs altitudes, leurs orient cherchant lesquelles rempliraient le mieux le programm ralement exigé d'une cure d'hiver à la montagne : altitud considérable que possible, calme relatif de l'air et clarté permettant la vie en plein air et l'insolation des malades dans un autre ordre de faits, hôtels confortables et soins caux rapprochés.

Il ne nous a pas fallu longtemps pour nous convaincre cune localité de nos montagnes ne pouvait répondre à ces exigences à la fois. En effet, Château-d'Œx seul poss

hôtels relativement confortables et soins médicaux sur place; mais Château-d'Œx n'atteint pas 1000 mètres. Il en est de même des Avants (979 mètres) et les stations plus élevées ont été jusqu'ici toutes fermées durant l'hiver à la seule exception de Leysin, que son altitude relativement considérable (1264 m.) recommandait en outre à notre attention. Nous savions du reste que, depuis quelques années, plusieurs malades y avaient passé l'hiver et quelques-uns s'en étaient bien trouvés; aussi étions-nous bien décidé à faire pour Leysin ce que nous avions fait l'année précédente pour Davos, à le visiter au cœur de l'hiver. C'est ce projet que nous exécutâmes le 11 février dernier, par un des trop fréquents jours brumeux de cet interminable hiver, et c'est ce que nous y avons vu ou ce que nous avons appris dès lors qui fera l'objet de cet exposé:

Leysin, paroisse et commune du cercle d'Aigle, est l'un des villages les plus élevés du canton. Son altitude, d'après la carte Dufour, est de 1264 m., surplombant la vallée du Rhône de plus de 850 m.

Château-d'Œx est à 994 m., le Sepey, 979 m., Gryon, 1107 m., Morcles, 1162 m., Ormonts-Dessus, 1163 m.

Le plateau où se trouve Leysin court au pied de la chaîne des Tours d'Aï sur une longueur de 2 à 3 kilomètres et une largeur qui varie de quelques centaines de mètres à un kilomètre, au plus. Il est incliné du NO. ou SE. et son orientation est celle du cours inférieur de la Grande-Eau, soit du NE. au SO. avec une légère déviation vers le sud. A l'ouest, au nord-ouest et au nord il est dominé par la haute muraille des Tours d'Aï et de Mayen, dont la ligne de faîte, non compris les trois sommités principales, atteint en moyenne 2000 m. environ et protège admirablement Leysin contre les vents du nord-ouest et de l'ouest. Au nord-est, le petit plateau de Leysin aboutit aux pentes coupées de pâturages et de bouquets de sapins qui descendent des Tours d'Aï vers le Sépey et sur lesquelles il se continue en quelque sorte par un léger arrêt dans la pente jusqu'au pied du mont d'Or, vers la Pierre du Moëllé, n'ayant plus par place que l'espace nécessaire à un chemin et à quelques chalets. A l'est et au sud enfin, de petites collines boisées fort basses le séparent de la vallée de la Grande-Eau et des pentes rapides qui dominent la ville d'Aigle. Le territoire même de Leysin est donc assez restreint et le paraîtrait encore bien davantage si sa qualité de haut plateau ne lui donnait pas juste-

ment l'air, l'espace et la vue qui lui manqu
s'il n'était qu'un vallon. La supériorité de L
stations vaudoises, à l'exception de Villars-C
point complète.

La vue dont on y jouit est vraiment belle
chance, comme ce fut notre cas, d'y passer
ver, après avoir laissé la plaine sous un ciel
tacle est féerique. Ce jour-là, le brouillard
arrivait juste à la hauteur du plateau de Le
chir toutefois les bords, sauf à de courts inst
collines qui le bornent à l'est, il continuait l
culée et unie de la neige par des couches gri
nées qui recouvraient toute la largeur de la
Eau jusqu'au pied de Chamossaire. On eût
vallée, de 3 à 4 kilomètres de large et dont l
pelait bien Davos, mais avec une nuance m
nature, plus sauvage. Au nord-est, la mer gr
qu'au pied de la Comballaz et recouvrait en
d'Ormonts-Dessus. Plus haut les cimes neigeu
soleil : le mont d'Or et Chaussy gardant la
l'extrémité de laquelle on apercevait les mon
d'Œx, puis Chamossaire au profil mystérieux
qui en descendent; puis la vallée s'ouvrant
découvrait aux yeux la chaîne des Dents de
encore, par delà la brèche de St-Maurice, le
Blanc, enfin la gracieuse silhouette de la D
montagnes de la Savoie terminaient au sud e
rama grandiose. Certes, qui aime la monta
jamais d'un pareil spectacle; il est bien fait
pour abréger quelque peu les longues journé
là-haut, loin du monde et de ses ressources.

Le village même de Leysin est adossé au
forts des Tours d'Aï. Il s'étale et s'allonge
sens du plateau qui porte son nom, ne for
seule rue de chalets avec quelques ruelles m
l'église et de la cure, déjà situées sur la pen
C'est là aussi que se trouve la « Pension du
offert aujourd'hui aux malades qui veulent p
sin.

Le village n'est pas grand; il ne compte p
ménages et trois cents habitants. Les famille

breuses et, comme dans tous les villages de montagne aujourd'hui, les jeunes gens s'expatrient volontiers, cherchant fortune à la plaine et ne revenant plus là-haut une fois qu'elle est faite ou bien qu'ils ont mangé le peu qu'ils possédaient.

D'après MM. Martignier et Chavannes (*Dictionnaire géographique du Canton de Vaud*), il y a déjà fort longtemps qu'existe le village; l'église a été bâtie en 1445; le curé d'Aigle était obligé d'y monter tous les mercredis pour y dire la messe, et ce fut seulement en 1702 que l'annexe d'Aigle devint une paroisse.

Une bonne route carrossable traverse Leysin, venant du Sépey, où elle rejoint la grande route des Ormonts, et conduit à Veyges, hameau de la même commune, situé $^3/_4$ d'heure en aval de Leysin, sur un dernier gradin de la montagne, immédiatement au-dessus d'Aigle. De Veyges, un chemin très rapide, véritable casse-cou, descend dans la vallée et rejoint la route des Ormonts vis-à-vis du Grand Hôtel. Un sentier, plus rapide encore, gagne Leysin par les pentes rocheuses qui dominent la vallée de la Grande-Eau.

De ces trois routes, la seule praticable pour des voitures, et par conséquent pour les malades, est la plus longue, celle du Sépey. Mais encore, la distance n'est pas effrayante : deux heures de diligence jusqu'au Sépey, à peine une heure du Sépey à Leysin, c'est peu comparé aux sept longues heures qu'il faut pour atteindre Davos, de la station de chemin de fer la plus voisine.

Aujourd'hui le service de la poste se fait en hiver par un facteur à pied qui descend par Veyges de bon matin et remonte à Leysin vers la fin de la matinée, en sorte qu'en prenant votre café vous pouvez lire le « Journal de Genève » du matin même. En été, Leysin est relié au Sépey par une voiture postale qui y rejoint la diligence des Mosses. Rien ne serait plus facile du reste que de continuer cette course en hiver; la route est excellente et ne présente ni la pente parfois vertigineuse, ni les brusques contours de la route de Davos à Klosters.

Il y a longtemps déjà que la réputation de Leysin comme station climatérique est faite dans la vallée du Rhône. Voici ce que M. le Dr Bezencenet, d'Aigle, nous écrit à ce sujet : « Le véritable initiateur (de ce traitement) a été le public d'Aigle, et feu mon père, qui connaissait mieux que personne la valeur du climat de Leysin, n'a fait au fond, en y envoyant ses malades, que se conformer à de vieilles habitudes locales.

« Vous n'ignorez pas que le crétinisme désolait autr
vallée. Il était assez répandu à Aigle même pour qu
population qui ne dépassait pas 1600 âmes, mon p
compter en 1828 quarante malheureux plus ou mo
S'il était donc alors un mal bien connu ici, c'était ce

« Il ne tarda pas à rencontrer dans sa clientèle des
paraissaient devenir ou être crétins, mais qui, après
d'un an ou deux à Leysin, en redescendaient vifs et
refit alors l'expérience et m'a raconté depuis s'en
stamment bien trouvé, à la seule condition que l'enfa
ou déjà un peu crétin ne présentât pas d'ossification
des sutures et des fontanelles..... De là à y envoyer
tiques et des scrofuleux il n'y avait pas si loin que l
dû être promptement franchi. Sans avoir été aussi ex
rement favorables, les résultats ont encore ici été t
je suis certain qu'ils auraient été meilleurs, si l'alime
seule alors possible en hiver, à Leysin, n'avait eu po
pommes de terre et le porc sous toutes ses formes.

« Après les crétins, les rachitiques et les scrofu
pas tardé à y monter des phtisiques et pour mon co
ai certainement envoyé plusieurs douzaines à Leysin
de s'étonner qu'on n'y ait pas pensé plus tôt. Cet
est en effet autant qu'inconnue dans le village et
circonstance aurait dû faire naître l'expérience. Mais
la routine! On continuera encore longtemps à envoy
siques au Pays-d'Enhaut, si recommandable pour ta
lentes raisons à d'autres malades, sans réfléchir qu'e
on commet exactement la même hérésie que si l'on
Rome à des fiévreux.

« Tous mes phtisiques n'ont pas guéri à Leysin ; i
certes de beaucoup ; mais j'en citerais au moins quatr
portants aujourd'hui, n'en avaient certainement pa
mois de vie le jour où il sont montés, et chez trois, tou
le mal était héréditaire. Si tous n'ont pas eu cet
une amélioration notable a été la règle et l'aggravati
tion. Je connais des phtisiques héréditaires qui viven
que mal et procréent sans trop de dommage en all
année, ou de deux ans l'un, passer quelques mois à L

« Je vous surprendrai peut-être, mon cher confrèr
disant que les résultats d'hiver sont beaucoup m
surtout plus promptement meilleurs que ceux d'été.

Il va sans dire qu'il n'est pas question pour le moment du trouver à Leysin les installations parfaites, les ressources de tout genre qui affluent à Davos. Pas de maisons de pierres, partout des chalets, et la Pension de M^lle^ Cullaz n'est elle-même qu'un chalet, ainsi que l'indique son nom. Mais ce chalet est muni de meubles confortables, de bons lits, de tapis, du moins dans les principales chambres, de moyens de chauffage qui m'ont paru suffisants. Et si l'espace manque un peu, en hauteur surtout, ce sera sans doute une raison de plus pour les pensionnaires de passer en plein air le plus de temps possible !

Bref, cela m'a paru un séjour très supportable pour qui sait se contenter d'une vie simple. Mais le malade grincheux, mécontent de tout, ou bien trop gravement atteint dans sa santé, s'y trouvera probablement dans un voisinage trop immédiat de son semblable pour y vivre heureux. La table de la Pension du Chalet m'a paru bonne ; mais il est clair qu'on ne peut juger d'une chose aussi grave en aussi peu de temps.

Mais ce qui m'a semblé le plus défectueux à Leysin c'est tout ce qui concerne la vie en plein air. Peu de promenades possibles ; la route de Veyges seule est excellente, bien battue, bien ensoleillée, bien protégée contre les vents. Elle passe devant le cimetière, dont la vue n'a du reste rien de décourageant, car il est si petit et si peu rempli, qu'il doit au contraire donner bon courage à tout malade. A part cela, la route du Sépey, moins bien abritée, et le chemin des Esserts sont les seules promenades possibles et encore ne sont-elles pas bien longues, 20 minutes au plus dans chaque direction ; plus loin, la descente est trop forte on bien la neige n'est pas assez battue. Puis c'est tout, point d'abri en plein air comme à Davos, point de bancs, points de sentiers serpentant dans les forêts et forçant les malades à faire de la gymnastique pulmonaire. Et pourtant ce serait chose bien facile et peu coûteuse que d'organiser tout cela, mais il paraît qu'on se heurte contre une nonchalance ou un mauvais vouloir indomptable de la part des autorités locales. Cela est très fâcheux et dans l'intérêt même de Leysin nous espérons que cet état de choses cessera bientôt.

Il n'y a, pour le moment, pas de médecin à Leysin même ; mais le Sépey n'est pas loin, et la complaisance et le dévouement de notre excellent confrère, M. le D^r^ Ganahl, sont bien connus de chacun. Au reste les malades sont rares dans la population indigène, dont la santé est réputée pour être excellente.

La durée moyenne de la vie humaine y est de
MM. Martignier et Chavannes [1] et les maladies
nelles y sont rares. — Les affections les plus c
les maladies aiguës des voies respiratoires, pneun
résies. M. le Dr Ganahl y a vu un seul cas de cr
pace de dix années ; enfin les renseignements qu'
me donner concordent pleinement avec ceux que M
cenet a eu l'obligeance extrême de me fournir pa
point des plus importants, que la phtisie pulmona
nue à Leysin chez les gens du pays, chez ceux
qui ne l'ont pas rapportée de la plaine. Leysin s
au-dessus de la limite inférieure de l'immunité pl
que Château-d'Œx, le Sépey, les Ormonts mêm
ce privilège.

C'est, on le conçoit, un point capital dans les
qui doivent guider le choix d'une station pour les
Il semble rationnel d'admettre que les phtisiques
facilement sous un climat où la maladie est incon
indigènes.

Nous touchons ici à un grave problème de clin
discuté dans ces dernières années. Quelle est la
munité phtisique ?

Le problème est complexe et les causes de
intéressant sont probablement multiples. Cert
M. Jourdanet et avec lui M. Lombard [2], notre v
frère de Genève, ont voulu y voir essentiellement
qu'ils ont appelé l'*anoxhémie,* sorte d'oxygénati
due à ce fait que l'air des montagnes, dont la pres
dre, renferme à volume égal moins d'oxygène. M
calculé que le déficit d'oxygène qui en résulte n'e
par l'accélération de la fonction respiratoire. A M
ce déficit atteindrait en 24 heures 348 grammes
1000 mètres, ce déficit est encore de 234 gramme

Il s'ensuivrait que la quantité d'acide carbonic
plus faible à Mexico qu'au bord de la mer, qu'il y
quent « pléthore carbonique » et anémie conse
tagonisme existant entre la malaria et la ph
M. Lombard un nouvel argument en faveur de ce

[1] Loc. cit.

[2] Lombard, *Traité de Climatologie médicale,* t. IV. Paris, 1880.

explique aussi cet antagonisme par l'anémie si ordinairement consécutive à la malaria.

Selon cet auteur, « le contact d'un air moins chargé d'oxygène serait en outre plus favorable pour la muqueuse aérienne. » Pourquoi ? M. Lombard ne nous le dit pas. Au reste ces calculs théoriques n'ont pas été confirmés par l'expérience : M. Mermod à Ste-Croix et M. Marcet sur le Breithorn (4171m) et le Pic de Ténériffe (3261m) ont bien au contraire observé une exagération dans l'acide carbonique exhalé. Pour M. Marcet, cet excès dans la production d'acide carbonique est dû à ce que l'oxygène inspiré passe plus facilement ou plus rapidement à travers le tissu pulmonaire dans le sang, à de certaines hauteurs au-dessus de la mer que dans les régions basses. Ce serait là même, d'après cet auteur, la cause principale de l'immunité phtisique.

Quant à l'anémie des hauteurs, elle existe parfois ; et pour en revenir à Leysin, M. le Dr Ganahl nous l'a signalée parmi les maladies atteignant fréquemment les jeunes filles, mais seulement en hiver. — Ce fait n'est-il pas de nature à jeter une vive lumière sur la soi-disant anémie des altitudes et ne s'agirait-il pas bien plutôt de l'anémie due à l'habitation d'appartements bas, étroits et mal aérés, la vie en plein air étant, pour les femmes du moins, réduite à un minimum insuffisant pendant l'hiver ?

Rappelons aussi qu'une pratique médicale de plusieurs années a conduit les médecins de Davos à considérer les anémiques comme les malades qui se font le plus de bien par la cure des altitudes. — M. le Dr Spengler nous le répétait encore l'an passé, et dans ces matières l'observation clinique l'emporte bien certainement sur les théories physiologiques.

Au reste, nous serions absolument injuste envers M. Lombard et son excellent travail sur « l'Immunité phtisique, » si nous n'ajoutions pas qu'il fait entrer en ligne de compte bien d'autres facteurs encore dans la production de ce phénomène intéressant.

Et d'abord, « pour suppléer à la dilatation de l'air, » dit-il, « les inspirations deviennent plus amples, plus complètes et plus fréquentes ; d'où résulte une augmentation dans la capacité pulmonaire qui empêche la stase sanguine et développe les vésicules aériennes de manière à développer la poitrine et à la

rendre proéminente [1]. » Cette gymnastique pulmon regardée par M. Hirsch [2] comme la cause essentielle munité phtisique, et il n'est pas douteux qu'elle ne rôle important à cet égard.

La remarquable *pureté de l'air* à la montagne, l' démontrée de poussières, de germes animalisés dans phère, surtout pendant l'hiver, alors que la neige recou le sol de son imperméable manteau, ne manquent pas ner toute une série de causes nocives agissant à la plain muqueuse respiratoire. — On comprend dès lors l'intér sant que tous les malades à la montagne portent aux q d'aération et d'encombrement.

La *sécheresse de l'atmosphère* agit dans le même sens à la même cause. L'on sait, en effet, que l'hygromètre toujours un degré très faible peu au-dessus d'une co neige frappée par les rayons du soleil ; d'autre part, l'h atmosphérique favorise notablement le développem maladies des voies respiratoires ; sans compter que humide est bien plus pénible à supporter que le froid s

Enfin M. Brehmer, de Görbersdorff, voit l'explica l'immunité phtisique dans une *nutrition meilleure,* plu de l'organisme tout entier, sous l'influence du clima Cette hypothèse a beaucoup de vrai certainement et le tats favorables que l'on a obtenus par la suralimentati le traitement de la phtisie ne laissent pas que de l'éta gulièrement.

Quelles sont les particularités du climat de monta, paraissent favoriser cette hypernutrition ? nous en voy sieurs : le *froid,* d'abord, est un facteur important. Cha par expérience que, tonique du système nerveux, il exci pétit et par conséquent la circulation matérielle du M. Marcet a montré dans ses expériences que la diges plus rapide sur les hauteurs [3]. La quantité de chaleur nécessaire à l'organisme pour se maintenir à la même t ture est plus grande par une température basse ; donc, ments doivent être pris en plus grande quantité, l'appé mente. — D'autre part, le froid invite au mouvement sou

[1] Loc. cit. *Bull. soc. méd. de la Suisse romande,* 1871, p. 123.
[2] Hirsch, Handbuch der hist.-geogr. Pathologie. Stuttgardt 1886, III, p
[3] Marcet, Arch. des sc. phys. et nat., 1878.

ses formes, promenades, exercices corporels de tout genre : nouveau motif d'activer la combustion organique et de favoriser l'appétit des malades.

Ajoutons que les *exercices corporels* sont singulièrement facilités à la montagne par la diminution de la pression barométrique: on a calculé que, dans l'Engadine, la différence du poids de la colonne d'air qu'a à supporter un homme de taille moyenne d'une surface cutanée de 16 pieds carrés environ, atteint au chiffre énorme de 3387 kilos [1]. Chacun se rappelle du reste avec quelle facilité l'on respire arrivé à une certaine hauteur. La marche n'est plus qu'un jeu, et l'ascension si pénible quelque mille mètres plus bas, le devient beaucoup moins.

La *lumière solaire* a une influence très marquée aussi sur l'intensité de la vie. Ce fait est évident, les personnes que leurs occupations obligent à vivre dans l'obscurité deviennent anémiques, de même que les plantes privées de lumière s'étiolent et perdent leur belle coloration verte. Il n'est pas douteux dès lors que la lumière si intense des altitudes ne concourre pour sa part à produire cette vie matérielle plus active qui caractérise les habitants de la montagne.

Nous venons de passer en revue les éléments principaux du climat alpin, ceux du moins qui paraissent avoir quelque influence sur l'immunité phtisique ; mais nous nous sommes placé uniquement au point de vue de la résistance que peut offrir l'individu à l'attaque de la maladie ; c'est d'ailleurs, pour le malade qui cherche à guérir, le plus important de beaucoup. Néanmoins, l'intensité de l'attaque n'est point à dédaigner, et s'il était prouvé que, passé une certaine altitude et sous certains climats, le bacille de Koch ne peut se développer ou que tout au moins sa multiplication est impossible, la question, si complexe encore, de l'immunité phtisique serait singulièrement simplifiée. Malheureusement, nous ne croyons pas qu'aucun essai de culture ait été tenté jusqu'ici à de fortes altitudes. — Au moins, l'an passé à pareille époque rien de semblable n'avait été fait à Davos, la seule station européenne où actuellement de si minutieux essais puissent être menés à bien sans trop de difficultés.

Néanmoins, à priori et par analogie avec ce que l'on sait touchant les conditions de la vie de la plupart des microbes,

[1] Tucker-Wise, Les Alpes en hiver. Bruxelles 1885, p. 86.

quelques-uns des caractères principa
au moins pendant l'hiver, entraver
complètement la croissance du bacill
resse de l'atmosphère et avant to
recouvre le sol, en empêche absolum
conque, et rend impossible toute in
plus faible proportion d'oxygène c
exerce-t-elle quelque influence fâch
du bacille?

Au reste, les conditions biologiqu
multiplication du bacille de Koch so
nil et Babès [1] indiquent seulement d
loppement des bacilles dans les tube
et cesse à 40° ; il s'affaiblit aussi qu
à 30°, et il devient impossible à une
Mais nous ne possédons encore aucu
température qui, tuant le parasite
sans se borner à empêcher son dével
effet la condition sine qua non de
défaut d'attaque, si je puis parler ai
dans l'atmosphère trouvera toujours
précisément les conditions de chaleu
besoin pour se développer.

Cette question si intéressante de
ses rapports avec le climat de mont
loin que nous ne l'aurions voulu ; ell
l'étude que nous nous étions propos
grandes de l'air des Alpes, il faut qu
s'il veut en tirer quelque bénéfice, il
tant que possible en plein air; et
temps calme, un *ciel serein,* un air
surtout humide pendant les heure
aussi *grande quantité de soleil* que p

En définitive c'est dans les donné
vement météorologique que se concer
des diverses stations alpines.

Il est donc de toute importance que
recherchées sans parti pris et dans
fique. Leysin ne possède pas de stat

[1] Cornil et Babès, Les Bactéries. Paris 1885

mais des observations suivies ont été prises pendant deux hivers consécutifs par les soins de M^lle^ Cullaz, à laquelle M. le D^r^ Bezencenet d'Aigle l'avait enseigné.

« Le thermomètre dont celle-ci se sert, » m'écrit notre distingué confrère, « a été réglé à l'Observatoire de Paris et contrôlé avec le thermomètre étalon de M. Pittier. Il est placé et abrité conformément aux instructions de ce dernier. La girouette de l'église marque la direction du vent, dont, à vrai dire, la force doit être évaluée au juger. J'ai dressé M^lle^ Cullaz de mon mieux à apprécier l'état du ciel, conformément aux prescriptions de M. le D^r^ Billwiller, directeur de l'Observatoire central et je suis sûre qu'elle s'en tire fort bien. Vous pouvez donc ajouter pleine confiance aux observations qu'elle vous a soumises. »

Plus loin M. Bezencenet apprécie comme suit le climat de Leysin :

« Le plateau de Leysin est très sec, il est incliné du NE. au SE., abrité des vents du NE. par le col des Crètes, du N. et du NO. par la muraille de 1500 mètres, formée par les Tours d'Aï et de Mayen dont les contreforts, s'infléchissant à l'ouest-sud-ouest, préservent l'endroit des vents du NO. et d'O. Les seuls vents qui y arrivent viennent du SE. du S. et rarement du SO.

« L'air y est si pur que lorsqu'en hiver, partant d'Aigle où cependant nous n'avons presque jamais de brouillards, on arrive à la hauteur de Veiges (1116 m.), la plaine paraît être plongée dans une brume épaisse. A cette hauteur, on a l'habitude d'ôter son habit et de dénouer sa cravate. Je dînais très fréquemment jadis chez le pasteur d'alors, et il était rare que les fenêtres de sa chambre à manger, orientées au midi, ne restassent ouvertes pendant notre repas, alors que le thermomètre marquait au nord du bâtiment un froid de plusieurs degrés. Les deux derniers malades que j'y ai envoyés n'ont pas tardé à réclamer leurs chapeaux de paille, dans un moment où nous gelions ici et où le plateau de Leysin portait un bon mètre de neige. Sans vouloir diminuer en rien la valeur de Davos, je me suis convaincu et j'affirme qu'il y a deux ans le ciel était bien plus souvent tout à fait pur dans notre station vaudoise, et, pour autant que des observations comparées moins complètes me permettent d'en juger, je crois que l'avantage lui est resté dès lors. »

Voici maintenant les résult
ions de Mlle Cullaz pour le
Du 18 novembre 1883 au
rs d'observations :

L'air a été *calme* pendant
Il a été plus ou moins *agité*
Les vents du N. et du NO.
Ceux du S. et du SE. 17 fo
Ceux du SO et de l'O. 12 f

Du 7 novembre 1884 au 26

Le *calme* complet a régné 1
Il y a eu du vent, léger ou
Il a soufflé 22 fois du N., N
Du S. et SE. 13 fois .....
Du SO. et O. 20 fois . .
Enfin il a été variable deux

Le régime des vents a donc
deux hivers d'observation
ions, l'air a été absolument
tiers, et encore, remarqu
oujours été comptée au no
N., du NO. et du NE., ceux
nt se protéger tout en pr
ents, ils ont régné en 1883-
1884-85 de 12,87 °/₀ ; ceux
rtion de 11,72 °/₀ en 1883-8
e pour ceux du SO. et d
étudinaire parce qu'ils a
ux, la proportion est inver
1884-85.
Les mois où l'air a été le
jours calmes) et février 1
Dans la saison suivante, d
nvier 1885 (25 jours calmes
Quant à la *clarté du ciel*, l
résultats très favorables :
Sur les 145 jours d'obser
83-84 :

Jours *clairs :* 86 ..... (59,31 %).
Jours *couverts :* 36..... (24,89 %).
Jours de *brouillards :* 5 ..... (3,45 %.)
Jours de *neige :* 15..... (10,34 %).
Jours de *pluie :* 3..... (2,07 %).

La saison 1884-1885 a donné de moins bons résultats :

Sur 171 observations : Jours *clairs :* 96 ..... (soit 56,14 %).
Jours *couverts :* 31 ..... (soit 18,13 %).
Jours de *neige :* 27 ..... (soit 15,78 %).
Jours de *pluie :* 7..... (soit 4,10 %).
Jours de *brouillards :* 10..... (soit 5,85 %).

Les mois les plus clairs ont été :

En 1883-84, janvier (16 jours clairs) et mars (26 jours clairs).

En 1884-1885, janvier (25 jours clairs) et décembre 1884 (16 jours clairs).

A cette question de la clarté du ciel se relie celle du maximum quotidien possible des heures de soleil, question des plus importantes, puisqu'une solution défavorable entraînerait nécessairement l'infériorité pour la cure d'hiver de la station en cause. C'est là ce qui fait écarter d'emblée plus d'une localité du reste bien abritée, Morgins, par exemple, dont l'altitude et l'exposition seraient excellentes, si, à ce que nous a affirmé notre confrère, M. le Dr S. Écœur, le soleil n'y était pas si rare en hiver.

A Leysin, rien n'est à craindre sous ce rapport; la seule montagne située à l'est, Chamossaire, est assez éloignée et d'ailleurs relativement peu élevée; en outre, la forme élancée de cette sommité n'est pas de nature à cacher longtemps le soleil. Aussi bien, le 11 février dernier, le soleil, levé peu après 8 heures, s'est couché à 5 heures sonnées; c'est à peu près la même durée d'insolation que celle de Lausanne à la même date.

Les observations de Mlle Cullaz sont malheureusement muettes quant à l'humidité de l'air, muettes aussi quant à la hauteur des chutes de neige ou de pluie; nous savons seulement que du 18 novembre 1883 au 10 avril 1884, il y a eu 15 jours avec chute de neige (6 en décembre, 4 en janvier, 3 en février, 2 en novembre) et 3 jours de pluie en janvier, et que, du 7 novembre 1884 au 26 avril 1885, il y a eu 27 jours de neige (6 en mars, 5 en novembre, février et avril, 4 en décembre, 2 en janvier, et

7 jours de pluie (3 en février, 2 en avril, 1 en d
mars). Le 11 février 1886, la couche de neige m
au-dessus du village 75 cm.

Enfin, la *température,* facteur important auss
haute pour n'être pas tonique, ni trop basse pou
malades de profiter du plein air. Voici quelques
10 heures, 1 heure et 4 heures : ce sont les r
journée les plus importants pour les malades, m
la comparaison avec les autres stations suisses, (
d'observations sont 7 heures, 1 heure et 9 heure
page 569.)

Les mois où la température moyenne est la
décembre 1883, avec — 0,83 à 10 h.; + 0,28 à
4 h.; puis janvier 1884 avec + 1,34 à 10 h.;
et + 2,28 à 4 h. — En 1884-85, janvier est plus fr
bre (—2° et + 0°,56 à 10 h.; — 1° et + 1°,75 à
et + 0°,97 à 4 h.); février est par contre plus c
(+ 3°,99 et + 2°,19 à 10 h.; + 5°,04 et +
+ 4°,13 et + 3°,38 à 4 h.

Les températures minima observées pendant l
ont été de — 8°,7 à 10 h.; — 9°,5 à 1 h., et -
toutes en décembre 1883. Les maxima notés
10 h.; + 12°,2 à 1 h., et + 11°,3 à 4 h.; toutes

Dans le second hiver, les minima se présen
avec — 9° à 10 h.; — 7°,2 à 1 h., et — 9°,2 à 4
en février avec + 13°,3; + 13°,1 et + 12°,2
4 h. Nous ne possédons pas les maxima ni les
en dehors des heures d'observations; ils sont d
importants pour les malades qu'on ne serait ten
puisque ceux-ci ne sortent guère en dehors des h
nées.

Les écarts entre les températures extrêmes,
dant les heures d'observation, sont, à Leysin, re
considérables : 13°,1 pour 10 h.; 15°,8 pour 1 h.
4 h. (tous en décembre 1883). Pendant le seco
avons 17°,7 pour 10 h. en février 1885, 17°,6
novembre 1883, et 17°,4 pour 4 h., aussi en nov

Si maintenant nous *comparons le climat de Le*
Davos, nous trouvons qu'*à Leysin l'air est plus*
plus clair qu'à Davos, mais que la station gris
quant au calme de l'atmosphère.

Observations météorologiques de Leysin.

	TEMPÉRATURE								
	à 1 heure								
	oyenne	Minimum	Maximum						
	4,18	+ 1,4	+ 6,4						
	0,28	— 9,5	+ 6,3						
	2,65	— 4,2	+10,1						
	3,33	— 1,1	+ 7,0						
	6,15	— 1,3	+12,2						
	10,44	—	+14,5						
Moyennes....	+ 2,66	— 3,52	+ 6,65	+ 4,49	— 2,94	+ 9,42			
Du 7 au 30 novembre 1884...	+ 0,47	— 5,0	+10,1	+ 1,73	— 5,2	+12,4	+ 0,47	— 6,0	+11,4
Décembre 1884.....	+ 0,56	— 7,0	+ 8,2	+ 1,75	— 5,2	+10,3	+ 0,97	— 7,2	+ 9,0
Janvier 1885...	— 2,0	— 9,0	+ 5,1	— 1,0	— 7,2	+ 8,2	— 1,74	— 9,2	+ 6,2
Février »	+ 3,99	— 4,4	+13,3	+ 5,04	— 0,3	+13,1	+ 4,13	— 1,3	+12,2
Mars »	+ 2,19	— 7,2	+ 8,2	+ 4,01	— 5,2	+ 9,10	+ 3,38	— 4,2	+ 8,3
Du 1er au 26 avril 1885.....	+ 6,60	— 0,2	+15,0	+ 9,38	+ 0,4	+17,0	+ 7,81	— 0,2	+16,16
Moyennes....	+ 1,92	— 5,46	+ 9,98	+ 3,48	— 3,78	+11,71	+ 2,40	— 4,66	+10,55

bre 1883 au 31 mars 1884, le nombr
e 83 à Leysin, de 107 à Davos; tan
ent de 74 à Leysin, de 36 seulemen
rature moyenne prise à 1 h. après mi
in, et seulement + 1°,67 à Davos. L
us de deux fois plus nombreux à Dav

id hiver d'observation, du 1er décemb
il y eut à Leysin 85 *jours calmes* c
s *clairs* contre 40, enfin 23 *jours de*
on grisonne. La température moye
ysin, de + 2°,45, à Davos, de 1°,85.

plogique comparatif pour les hivers
1884-85 à Leysin et à Davos.

LEYSIN				DAVO		
mpér. yenn^e heure .midi	Jours calmes	Jours clairs	Jours de neige et pluie	Tempér. moyenn^e à 1 heure apr. midi	Jours calmes	
0,28	25	16	6	— 1,6	28	
2,65	17	19	7	0,0	27	
3,23	22	13	3	+ 3,0	28	
6,15	19	26	0	+ 5,3	24	
yenn^e				moyenn^e		
3,07	83	74	16	+ 1,67	107	
1,75	22	16	5	0,0	25	
1,0	25	25	2	— 1,7	26	
5,04	17	10	8	+ 4,5	22	
4,01	21	13	8	+ 4,3	18	
yenn^e				moyenn^e		
2,45	85	64	23	+ 1,83	91	

eau ne donne que les quatre mois d'hiver dont les
our Leysin; aussi bien novembre et avril ne rentr
son d'hiver, partie qui se trouve prise en consid
les pages précédentes.

sont certainement favorables ; mais

n'être pas absolument définitifs, car la clarté du ciel, comme la force des vents ont été appréciées à Leysin au seul jugé, sans anémomètre ni enregistreur solaire, et ce dernier instrument lui-même ne fonctionne à Davos que depuis 1885. En outre les observations hygrométriques manquent absolument pour Leysin. Nos conclusions porteront donc forcément en elles un certain degré de provisoire, jusqu'à ce que des observations complètes aient pu être faites à Leysin pendant au moins un hiver et soient venues les corroborer ou les infirmer. Néanmoins nous pouvons poser en fait que les conditions climatériques de Leysin permettent, au moins autant que celles de Davos, la vie en plein air, et par conséquent la pleine jouissance, pour les malades, de toutes les qualités du climat.

Seulement, ce climat, tout en ayant beaucoup d'analogies avec celui de Davos, n'est pas tout à fait aussi alpin ; l'air y est moins froid, l'hiver aussi un peu moins long, et nous voudrions pour notre part, si l'on devait une fois faire de Leysin une station climatérique sérieuse, que l'on s'élevât quelque peu au-dessus du village, sur l'esplanade des Feydey par exemple. Là, à l'altitude de 1435 mètres, la vue est plus belle encore qu'à Leysin, le brouillard y doit être encore plus rare et la proximité immédiate de belles forêts de sapins exposées au midi y permettrait la création de nombreux sentiers serpentant comme à Davos pour gagner les hauteurs et obliger les malades à une saine gymnastique pulmonaire. Sans doute, tout serait à créer là-haut ; mais à Leysin il en est de même ou peu s'en faut ; car les installations actuelles ne peuvent satisfaire qu'une catégorie restreinte de malades, pour ce qui concerne la vie en plein air surtout.

Nous voici arrivé au terme de ce travail ; nous avons cherché à faire connaître Leysin, à montrer que son climat possède de grandes ressources. Nous ne voulons pas poser la plume sans remercier ici, MM. les docteurs Bezencenet et Ganahl pour les précieux renseignements qu'ils ont bien voulu nous fournir, ainsi que M^lle^ Cullaz dont les observations météorologiques, dues à l'heureuse initiative de notre distingué confrère M. le docteur Bezencenet, ont donné à cet exposé un caractère de précision qui sans elles lui aurait fait défaut.

Lausanne, mars 1886.

thode de Robin

guste Reverdin.

iestion de l'osté
du second cong
teressant de rap
e Dr V. Robin. I
it-être, de la desc
Lyon publiée av
, p. 135 et 136. I
depuis et l'ostéoc
r Mollière.
l'assister à l'une
it ce que Robin
eur. Il y avait là
viction. Aussi, ay
it d'avril, j'ai pri
appareil; il a rép
venant lui-même
nt inutile car, u
s plus démonstr

bin a été consti
; depuis nos an
méthode, en l'
nche, aux ankyl
ide, etc.
x de Lyon du 3
ssante observati
er en quelques m

fut atteinte, au cc
enou, qui se termin
, marchant au moy

s, Du redressement d
A. Droin. 1884. — V
Droin. 1882. — Énoua
er. 1883. — D. Moll
I. Georg. 1881.

lequel repose son genou ankylosé à angle droit. La jambe et le pied sont atrophiés, le membre présente un raccourcissement réel de 10 centimètres. Il y a dans la jointure quelques mouvements rudimentaires, mais l'extension n'arrive même pas à l'angle droit. Cicatrices adhérentes au squelette.

Le 17 novembre Mollière pratique l'opération de Robin. Dès les premiers jours de janvier la malade munie d'un soulier à semelle élevée, commençait à marcher. Actuellement la claudication est extrêmement légère, la malade ne se sert même pas d'une canne.

« L'opération de Robin est donc applicable, comme on le « voit, non seulement aux ankyloses à angle obtus, mais aux « ankyloses à angle droit. Nous l'avons plusieurs fois pratiquée « avec succès dans des cas d'ankylose à angle aigu.

« Cette opération a sur l'ostéotomie, mais surtout sur les « résections orthopédiques une incontestable supériorité : c'est « son absolue innocuité; les résultats orthopédiques étant au « moins aussi précis. Les résections orthopédiques, malgré la « méthode antiseptique, ont encore, même entre les mains les « plus habiles, un coefficient de mortalité assez élevé. L'opéra- « tion de Robin n'en a pas. Mais elle doit être pratiquée sui- « vant toutes les règles si minutieusement indiquées par les « chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Lyon et par son auteur. « Autrement on retomberait dans ces ostéoclasies brutales, « dont les rares succès n'ont été dus qu'au hasard ou à la force « physique des chirurgiens. »

Voilà un joli résultat obtenu en moins de deux mois!

L'invention de Robin est intéressante et offre un cachet d'originalité qu'on ne rencontre pas souvent; elle ne consiste pas en effet dans la construction d'un appareil plus ou moins ingénieux destiné à briser les os, elle a une portée plus vaste; l'appareil n'est que le moyen mis au service d'un principe; il en découle une méthode bien et duement constituée. L'instrument peut varier, le principe restera et la méthode avec lui.

En effet l'idée mère est celle-ci : agir directement sur l'os pendant qu'il est fixé par les parties molles fortement comprimées sur lui, le briser transversalement (fracture en rave) en un point déterminé, tout cela en respectant absolument les articulations.

L'ostéoclasie n'est certes pas une conception de date récente, la littérature nous a transmis les efforts faits depuis des siècles dans le but de la rendre applicable; et si nous jetons un rapide

coup d'œil sur ces tentatives nous serons con
problème n'était pas facile à résoudre.

Les tentatives portèrent tout d'abord sur les
le genu valgum. Après avoir essayé du redress
moyen d'attelles, de tractions élastiques combin
tières de formes diverses on a reconnu que les
nus au prix de si long efforts ne valaient ni le te
la peine prise; parfois même, avec une amélio
passagère, on constatait des accidents de gangrè
rent que, pour être lent et peu efficace, le proc
inoffensif. On s'adressa alors aux sections muscu
neuses; le biceps fut coupé par Bonnet, mais le
Lyon reconnut bientôt que la marche ramenait l

Robin le dit fort bien : « On avait mal place
« ments et les muscles la cause de la déviatio
« valgum, les données étaient fausses et les ré
« mauvais.

« Les découvertes de M. Ollier, en éclairant
« sur la véritable cause du genu valgum, résid
« l'articulation, mais dans les os, ont ouvert l
« thérapeutique où devait se trouver la solution

M. Delore de Lyon a donné sa méthode de
brusque; c'est par pressions graduelles exercées
genou qu'il amène peu à peu le redressement;
sert de la jambe comme bras de levier. On réuss
l'aide de ce procédé à redresser le genu valgum
de quels efforts et surtout de quelles lésions? On
ment compte des tiraillements qu'éprouvent
comme aussi des inconvénients de ce traumatis
Cependant M. Delore a souvent redressé et gué
sans que la jointure ait eu à en supporter les
ces guérisons parfaites ont porté principalement
dont l'épiphyse se décollait facilement, ou ch
obtenait aisément une infraction osseuse.

C'est chez l'adulte qu'on a le plus souvent con
brements articulaires graves; aussi M. Delore lu
mande de s'abstenir chez les sujets ayant dé
Robin pense qu'il faut encore abaisser ce chiffre
enfants de 12 ans, on a encore observé des rup
teuses.

Une objection assez sérieuse à faire à la méth

c'est qu'il faut que le chirurgien soit doué parfois d'une force physique considérable pour amener le redressement, aussi pour obvier à cet inconvénient, a-t-on construit de puissantes machines. Celle de Collin une des dernières en date, est certainement la meilleure, mais c'est peut-être le cas de le dire : la meilleure ne vaut rien! Lorsqu'un principe est faux les conséquences qui en découlent sont fatalement mauvaises. *Or agir sur le fémur par l'intermédiaire de l'articulation du genou est une erreur.*

Dans la machine de Collin la force agit directement sur le genou par le fait que les points d'appui sont l'un sur la jambe, l'autre sur la cuisse; nous venons de dire les graves inconvénients de cette combinaison. Aussi cette machine malgré ses mérites mécaniques n'a-t-elle guère pris rang dans la pratique, et les chirurgiens ont-ils été portés de nouveau à abandonner l'ostéoclasie pour retourner à l'ostéotomie, rendue bien moins dangereuse qu'autrefois, grâce aux progrès de l'antisepsie.

Robin, lui, a repris le problème de l'ostéoclasie persuadé que quelque atténué que soit aujourd'hui le danger d'une fracture exposée, il existe encore et il existera probablement toujours. Voici après bien des recherches les avantages énormes qu'il se fait fort d'avoir réalisés :

« Par le procédé que nous préconisons, on redresse les « cagneux avec une précision mathématique en produisant une « fracture simple, incomplète, transversale, juxta-articulaire, « sans déchirure du périoste, sans lésion des parties molles, et « surtout sans agir sur l'articulation. Ce dernier avantage rend « la méthode applicable à tous les cas, quels que soient l'âge « et le degré de résistance osseuse. »

Il faut avouer que si la méthode de Robin tient ce qu'elle promet, on peut la considérer comme supérieure à toutes les autres. — Eh ! bien, je crois pouvoir le dire : ce qu'annonce Robin est absolument vrai. J'avoue que lorsque j'allai à Lyon il y a deux ans pour me rendre compte des choses, j'emportais avec moi une forte dose de scepticisme ; j'avais peine à concevoir qu'on pût aussi exactement et sans danger briser un fémur à quelques centimètres au-dessus du genou. Lorsque j'entendis le claquement bruyant de l'os et que je pus me rendre compte de la force déployée, je m'attendais à voir les jours suivants les parties molles terriblement froissées et une ecchymose énorme survenir. Je dois convenir que les conséquences furent aussi

in les indique, et lorsque der
sur mon malade, cette mê
comme dans ses suites me g
qu'il est de mon devoir de le
nent mes confrères à se rend
eur de cette intervention r
osés, j'en suis sûr, à en faire
es faites à Lyon sont mai
sultats n'ont point cessé d'é
faut-il bien posséder le mo
sez simple, il étonne et le de
avoir vu, qu'on puisse et qu'i
sur les parties molles.
noins d'ailleurs avant de cri
procédé nouveau qu'on se
us ses détails.
on repousse un progrès, ou o
omettant ce simple princi
al.
résumé de l'observation de n

, garçon de café; genu valgum
n.; opéré le 27 avril, il quitte la
Onze jour.
fit pendant sa convalescence, re

arche bien et peut fléchir très c
t est parfait.

adopté à la suite de la fractu
nalade est placée dans une
e, qu'on a moulée sur le su
e là-dedans 7 ou 8 jours pu
omme à ce moment le cal est
cile que de ramener le mem
s de l'y maintenir au moyen
ération se fait donc en deux s
e.
l'idée de procéder de la sort
bam à la suite de l'ostéotomi
sieurs avantages; d'abord i
ment périostal que produit fo

sement immédiat et se trouve garanti contre un accident qui lui est arrivé une fois et qui consistait en un certain degré de chevauchement des fragments.

La sensation qu'on éprouve lors du redressement tardif est celle d'une barre de plomb qu'on fléchirait. On est étonné du peu de force nécessaire pour obtenir la rectitude cherchée.

MM. Robin et Mollière ont bien mérité de la chirurgie en tranchant une question de pareille importance et depuis si longtemps pendante. Les confrères qui feront le voyage de Lyon n'auront pas perdu leur temps.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

SÉANCE COMMUNE
DE LA SECTION MÉDICALE DE LA SOCIÉTÉ HELVÉTIQUE DES SCIENCES NATURELLES ET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE.

Tenue à Genève, le 11 août 1886, à l'Université (salle des Cinq-Cents).

Président : M. le Prof. D'ESPINE.
Secrétaire : M. le Dr MARIGNAC.

La séance est ouverte par le Dr H.-Cl. LOMBARD, il souhaite la bienvenue aux membres de la Soc. de la Suisse romande et aux médecins membres de la Soc. helvétique, puis il propose de nommer M. le prof. D'Espine, président de la Soc. de la Suisse romande, président de la séance.

L'assemblée acclame M. D'Espine comme président.

M. le prof. REVILLIOD résume la communication qu'il a faite le matin dans la clinique médicale de l'Hôpital cantonal, sous le titre : ***Des petits moyens dans le traitement des grandes collections purulentes;*** il a dit que dans les cas où les procédés actuels de la chirurgie ne sont pas applicables, la méthode dite de Récamier délaissée à tort depuis longtemps, peut rendre de grands services. Le caustique potentiel, ouvre au pus une voie suffisamment large, tout en protégeant les bords de l'orifice du contact du pus. Il détermine une tendance au retrait des parois des cavités purulentes et suffit pour amener la guérison des abcès froids idiopathiques; il agit comme dérivatif des phlegmons, qu'il peut faire avorter. Enfin il peut même provoquer la résolution des collections purulentes déjà formées.

M. Revilliod a parlé ensuite du traitement de la pleurésie le siphon. L'obstacle à la guérison étant toujours la difficul chement des surfaces pleurales, il a fait une expérience démontre la puissance d'appel du siphon sur la plèvre vi qui s'oppose au retrait du poumon et prévient par conséqu tion des cavités permanentes et des fistules. Ce n'est que lo nage n'a pas été établi d'une manière convenable qu'or insuccès ou de ces guérisons incomplètes qui nécessitent l'o Cérenville et d'Estlander.

Ces conclusions ont été appuyées par de nombreuses obs des photographies et par la présentation de sept malades d guéris, deux en voie de guérison. (Un mémoire sur ce sujet la *Revue*.)

M. le prof. Gosse fait une communication sur l'*Applicati tographie à la médecine legale*. Il décrit les procédés qu'il photographier les cadavres en les plaçant sur un brancard méthode pour redonner à l'œil l'aspect de la vie. Il a pu a de très bons résultats pour identifier les cadavres non recon la morgue de Genève ; depuis qu'il emploie ce procédé, la cadavres classés définitivement comme non reconnus, est t 5 ou 6 %. La photographie des taches sur les linges, de plaies et taches de sang des cadavres, de la position et de cadavre rend également de nombreux services au médecin permettant surtout d'appuyer ses explications sur des pre Les couleurs sont quelquefois un obstacle pour la photograp a pu le vaincre en modifiant ces couleurs par la projection une lampe incandescente dont la lumière traverse des v ment colorés.

M. Gosse appuie sa communication de nombreuses photo

M. le prof. J.-L. Reverdin fait la communication suiva *cas de névromes traumatiques du nerf médian. Résection et*

Messieurs,

J'ai eu deux fois cette année l'occasion d'observer et névromes traumatiques ; j'ai pratiqué chez les deux malade du névrome et la suture nerveuse ; ces deux opérations d ques mois seulement, de sorte que l'issue finale ne peut en cependant l'on peut déjà constater une amélioration qui pe un succès.

Le premier opéré avait été blessé au mois d'août 1885 ment de cuvette ; plaie transversale à un centimètre au-de poignet ; pas de douleur immédiate, la plaie guérit et trois commencent à se manifester des troubles trophiques ; de l se développèrent sur l'index et le médius ; une semaine ap

trition, le malade constatait que le pouce, l'index et le médius devenaient insensibles ; bientôt survint un abaissement de température des doigts anesthésiés surtout, mais aussi du reste de la main et un changement dans leur coloration. Au niveau de la cicatrice on sentait une petite tumeur dure sensible à la pression qui donnait lieu à des élancements du côté des doigts.

Chez le second malade, les choses se sont passées d'une façon un peu différente ; occupé dans une maison en construction, il tomba d'une hauteur de six mètres sur des débris de tuiles ; c'était au mois de septembre 1885 ; douleur vive, plaie transversale siégeant à deux centimètres au-dessous du pli du poignet, intéressant les tendons ; insensibilité immédiate dans le pouce, l'index et le médius, rien à l'annulaire ; la plaie se cicatrise, les doigts peu à peu se fléchissent par le fait de la cicatrisation de leurs tendons déchirés. Puis apparaissent sur l'index et le médius des vésicules comme chez le premier malade ; elles sèchent pour être remplacées par de nouvelles ; les ongles se modifient dans leur forme, les muscles de l'éminence thénar s'atrophient ; enfin une petite tumeur dure se développe sur le trajet du médian au niveau de la cicatrice ; la pression y est douloureuse ; même refroidissement de la main, même coloration anormale des doigts que chez le premier malade.

Chez ces deux blessés il y a eu interruption des fibres nerveuses ; chez le premier cette interruption qui s'est faite tardivement paraît due à la névrite interstitielle, un petit fragment de cuvette a été trouvé implanté dans le nerf ; chez le second l'interruption a été immédiate, le nerf a été trouvé rempli de fragments de brique, il avait subi probablement une attrition assez violente pour le désorganiser du coup. M. le Dr A. Mayor vous dira tout à l'heure le résultat de l'examen histologique de ces deux névromes.

Je n'ai vu ces deux blessés que longtemps après le traumatisme, et j'ai pratiqué chez tous deux la même opération, le 17 février et le 21 mai ; j'ai mis à nu le névrome, je l'ai disséqué, je l'ai enlevé sur une longueur de 3 ½ cent. chez l'un, de 3 cent. chez l'autre ; puis j'ai suturé le nerf au catgut et ai maintenu la main fléchie.

Chez tous deux la sensibilité a commencé à reparaître au bout de trois ou quatre semaines ; ce retour a été précédé d'élancements survenant par crises et siégeant dans les doigts insensibles ; la température des doigts est redevenue à peu près normale ; nous avons suivi aussi exactement que possible ce retour de la sensibilité et je vous fais passer des figures schématiques qui vous permettront de vous en rendre compte. J'ai indiqué par des ombres différentes les territoires privés des différents modes de sensibilité : sensibilité tactile, douloureuse, à la chaleur et au froid. Notre confrère le professeur Herzen a le premier démontré que la voie suivie dans la moelle par les impressions de chaud et de froid n'est pas la même, pas plus que celles que suivent les impressions tactiles ou douloureuses ; les impressions de chaud et de douleur passent par la substance

grise, la sensibilité tactile et celle du
Vous verrez sur les schémas que chez
sibles aux différentes impressions n'et
encore par exemple chez le second op
plète à la face palmaire sur la troisièm
antérieure de la seconde ; l'analgésie
phalanges et à la moitié antérieure de
du médius. — L'impression de chaud
nières phalanges du médius et la der
froid sur les trois phalanges du mediu
laire ; enfin la seconde phalange du
la piqûre, à la chaleur est insensible
due des territoires insensibles a dimi
trop court pour que le résultat actuel
nitif.

M. le Dr A. Mayor rend compte
M. le prof. J. Reverdin :

Les fragments de nerfs réséqués on
microscope, ils présentent tous deux

Les coupes, faites suivant l'axe des
trent que ceux-ci, aussitôt après avo
dense qui constitue le squelette du ne
rectilignes, deviennent onduleux. Pu
infinité de petits faisceaux nerveux (
plus divers, et plongés dans une gang

Ces fascicules nerveux sont formés
variqueuses. — J'ai pu voir nettemer
directement, au niveau d'un étrangler
appartenant au tronc afférent du nevr

Il s'agit donc ici d'un étouffemen
développement du tissu conjonctif,
mot Les fibres minces semblent bien
rapport au nombre des fibres afférent
river à une appréciation exacte à cet
mer sur ce point.

Enfin, dans le nerf afférent, au v
rencontre, en nombre assez marqué, (
rescence wallérienne. Lorsqu'on remo
fibres ainsi altérées disparaissent prom
cela est de règle, la dégénérescence n
ment annulaire situé au-dessus du poi

M. le prof. F.-Wilh. Zahn, de Genè
vement multiples des os :

Comme tumeurs primitivement multiples des os on connaît depuis longtemps les exostoses, provenant d'une modification formatrice du périoste, et les enchondromes, résultant probablement d'une prolifération de restes cartilagineux embryonnaires par suite d'une ossification anormale du squelette cartilagineux (rachitisme).

Ce n'est pas de ces tumeurs bénignes, que M. Zahn veut parler, mais d'autres tumeurs plus molles et malignes et selon toute apparence encore plus fréquentes que celles-là, de sarcomes ou plutôt de lymphosarcomes primitivement multiples de la moelle osseuse.

Ces tumeurs sont encore presque sous tous les rapports fort peu connues. Il ne s'en trouve qu'un nombre très petit mentionné dans la littérature.

Le premier cas anatomiquement bien examiné a été observé par von Recklinghausen et décrit par von Rustitzky sous le nom « multiples Myelom. » L'auteur a démontré par ses recherches microscopiques, que ces tumeurs proviennent de la moelle osseuse, ont la structure de la moelle et il admet qu'elles doivent être considérées comme des tumeurs bénignes et rangées dans la même catégorie que les autres tumeurs primitivement multiples, telles que les fibromes, lipomes, etc., primitivement multiples, lesquelles sont généralement connues comme des tumeurs bénignes.

La seconde observation a été faite fortuitement dans un cours d'opération par Volkmann et fait le sujet de la thèse de H. Buch sur la sarcomatose primitivement multiple de la moelle osseuse Ce cas a été beaucoup moins bien étudié que le précédent.

Le troisième cas a été observé ici par M. Zahn, communiqué par lui au Congrès des médecins et naturalistes allemands à Magdebourg et publié in extenso dans la *deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. XXII, p. 1, sous le titre : « sur le myélome multiple, sa place dans le système onkologique et son rapport avec l'anémie lymphatique. »

Enfin le même auteur a observé un quatrième cas, dont il présente les pièces macroscopiques et microscopiques ainsi qu'une planche coloriée, cette dernière pour donner une idée nette de l'affection en question à l'état frais.

Par son premier cas, M. Zahn a pu confirmer l'opinion de von Rustitzky, que ces tumeurs proviennent d'une hyperplasie de la moelle osseuse et ont la même structure qu'elle, mais il a dû se mettre en opposition avec lui, quant à la nature de ces tumeurs, qu'il ne considère pas du tout comme des tumeurs bénignes, mais bien pour des raisons anatomiques et cliniques pour des tumeurs malignes.

Ces tumeurs sont formées par du tissu embryonnaire et ne restent pas, comme les tumeurs bénignes primitivement multiples, limitées dans le même système, mais envahissent les tissus avoisinants, se généralisent donc par continuité.

Cliniquement elles sont malignes parce qu'elles déterminent une anémie grave qui, selon lui, est due à la destruction par ces tumeurs de l'organe hémopoiétique Κατ'ἐξοχήν, la moelle osseuse.

Il considère donc ces tumeurs comme des
dire, comme des lymphosarcomes des os, iss
et faisant opposition aux sarcomes primitivem
dont il a aussi observé un cas, qu'il a fait
Nasse, et toute l'affection pour la forme myé
phatique, à tort appelée aussi pseudoleucémie.

D'après M. Zahn, il faudrait donc admettre,
lymphatique avec augmentation des globules bl
cémie proprement dite qui a une forme splèniq
une myélogène, une anémie lymphatique, non l
splénique, une ganglionnaire, ces deux formes
nues, et une *myélogène, qui jusqu'alors n'était*
fection qu'il décrit.

Pour contrôler cette opinion, il a fait des re
sur la lymphosarcomatose multiple et il a trouv
ment peu complets, de Lannelongue et de R. Sch
observé à côté de tumeurs ganglionnaires, etc
identiques des os.

A ces deux cas il a pu en ajouter un troisièn
lement et dans lequel il existait de pareilles tur
la forme mixte de cette affection existe positive
aussi dans la leucémie. Il suppose que, si l'affe
mixte n'a été jusqu'à présent que très rarement
fait que le squelette n'est qu'exceptionnellemen

Ces considérations théoriques ont, d'après
très pratique.

Il est généralement connu que la lymphosarc
pas devenir, dans un but curatif, l'objet d'une
Il est aussi avéré que Billroth et d'autres ont ré
nie l'amélioration, voir même la guérison d
certain nombre de cas

Si donc sa théorie susmentionnée sur les dite
firme, il y aurait possibilité de guérison d'un
grave, laquelle, grâce à son siège et aux tro
détermine, doit se terminer relativement vite pa

Il est donc absolument nécessaire de recueill
de cette affection pour élucider encore différent
pour contrôler ses opinions sur cette maladie.

C'est pour engager ses confrères à ne pas per
tion de vue, qu'il tient à leur communiquer une
cette année, qui, selon lui, confirme ses opinio

Dans son second cas il s'agissait d'une femme
tait bien jusqu'à huit semaines avant son en
médicale de M. le prof. Revilliod).

A cette époque elle commença à avoir des
tête, de cœur, manque d'appétit.

Entrée à l'hôpital le 19 septembre 1885, elle y restait jusqu'au jour de sa mort, le 2 janvier 1886.

Elle a eu passagèrement un peu d'albuminurie, beaucoup de vertiges, de l'agitation, du manque d'appétit. Peu à peu elle s'affaiblit, commença à avoir des douleurs erratiques, les extrémités inférieures devinrent de plus en plus douloureuses et incapables de supporter le corps. La cachexie augmenta de plus en plus et le 23 décembre, la malade, étant portée de son fauteuil au lit, se fractura presque spontanément le fémur gauche.

Pendant tout son séjour à l'hôpital elle a eu de la fièvre ; le maximum de la température ayant été, le 19 octobre, 39,3.

Le diagnostic clinique était : Ostéomalacia fracturosa.

Diagnostic anatomique : Carcinome (squirrhe) du sein droit et lymphosarcomes primitivement multiples des os avec fractures du fémur gauche et des côtes. Bronchite et bronchopneumonie bilatérales, plus fortes à gauche qu'à droite.

Le carcinome mammaire est très petit, mais a déterminé une petite métastase dans le muscle pectoral correspondant.

La rate, les ganglions lymphatiques et les follicules lymphatiques de l'intestin et du pharynx sont sans altération.

Dans tous les os sauf ceux du crâne, on trouve de nombreuses tumeurs grisâtres, peu vascularisées et transparentes, ou d'un rouge intense ou enfin jaunâtres, comme purulentes, ayant même une teinte verdâtre. Ces différentes tumeurs sont molles, quelques-unes presque diffluentes ou plus solides, quelques-unes même presque dures. Elles sont le plus fortement développées dans les os spongieux, vertèbres, bassin, côtes, épiphyses des os longs et plus fortement dans les épiphyses supérieures qu'inférieures. Elles atteignent aussi plus de développement dans les parties supérieures des diaphyses, que dans les parties inférieures. Pour les os longs ce sont surtout les fémurs qui sont fortement atteints, puis viennent les tibias, humerus, péronés, cubitus et radius. Les os courts sont peu ou pas altérés.

Ces tumeurs se trouvent particulièrement dans l'intérieur des os, mais elles ont aussi une tendance à gagner la périphérie et à déterminer dans les os plats des épaississements circonscrits et des saillies à la surface. Tout l'os est en dehors des tumeurs très hypérémié et par place il existe même des foyers hémorragiques. Le sternum, les côtes et les vertèbres sont très mous et se laissent facilement couper avec le couteau ; le bassin est aussi très mou. L'écorce des fémurs est par place devenue tellement mince, que ces os en deviennent très fragiles.

L'examen microscopique démontre que la structure intime des différentes tumeurs répond à leur aspect macroscopique. Les molles sont formées par des petites cellules rondes et peu de substance intercellulaire, tandis que les plus dures sont formées par plus ou moins de cellules fusiformes et beaucoup de substance intercellulaire, et les plus dures même sont de nature fibrillaire.

M. Zahn se réserve de communiquer les détails histologi pour ce cas quelques particularités dans un mémoire traita particulièrement.

Il relève le fait, que dans son premier cas les tumeurs é ment formées par des cellules embryonnaires, c'était la f lymphosarcome multiple.

Dans ce cas, à côté de pareilles tumeurs, il en existe d'. plus dures, étant composées en grande partie par du tissu c la tendance à devenir adulte. C'est donc la forme dure, tell contre aussi dans les lymphosarcomes multiples des gan tiques.

Il est donc démontré par cette dernière observation, c sorte de tumeurs des os il existe les deux formes connues come primitivement multiple des ganglions, la forme mo dure.

Quant à la marche de la maladie dans le dernier cas de différait de celle du premier seulement par l'existence de la s' rapprochait donc en cela du cas observé dans la clir Lücke à Strasbourg et décrit par von Rustitzky, mais cette selon lui, son explication dans l'affection pulmonaire tout dans le cas de Lücke.

Il résulte encore de la marche de ce même cas, que pourrait bien être diagnostiquée du vivant du malade.

M. le Prof. Revillion confirme l'histoire clinique de la les pièces viennent d'être présentées par M. Zahn ; cette m son séjour à l'hôpital a presenté divers phénomènes qu croire à l'existence d'une forme particulière de rhumatis demande si Neumann et Bizzozero n'ont pas decrit de mal celle de cette femme.

M. Zahn dit que Mosler et Neumann ont bien signalé les leucémie myélogène, mais dans ses cas il s'agit d'une *aném myélogène* ou *pseudoleucémie myélogène*, qui jusqu'à lui n'a

M. de Cérenville a eu à l'hôpital de Lausanne un c qui a été guéri par le traitement arsénical. Il s'agissait d' présentant une anémie intense, augmentation des globul d'engorgement ganglionnaire, elle avait des douleurs dan des membres. La guérison fut absolue. Pour lui, c'est dans de la moelle des os qu'il faut chercher l'origine de cette le

M. le Dr Dubois (privat-docent à Berne) présente un trav *tance électrique du corps humain* (paraîtra dans la *Revue*).

M. le Prof. D'Espine fait une communication sur un nou *diagnostic physique entre l'angine diphtéritique et les an blanches non diphtéritiques*. Il consiste dans la présence d'u

les mêmes dimensions, la même forme et les mêmes réactions colorantes que le bacille de Löffler; c'est surtout dans les fausses membranes au début, que le bacille se rencontre. On en trouve quelquefois une culture pure, d'autres fois il est associé aux microbes vulgaires des amygdales (leptothrix micrococcus en zooglea, ou isolé en diplococcus, capsulé ou non). Ce bacille qui a été facilement constaté en écrasant une parcelle de la plaque diphtéritique sur des couvre-objets, en les flambant et en les colorant au violet de gentiane (bleu de méthylène ou fuchsine) a été recueilli dans des cas d'angine diphtéritique non douteux au point de vue clinique; il a été trouvé également dans une plaie diphtéritique après la trachéotomie; par contre il n'a jamais été trouvé dans les angines simples pultacées, scarlatineuses, herpétiques, lacunaires ou typhiques.

M. D'Espine se réserve de donner plus tard le résultat de cultures qu'il est en train de faire avec les divers produits blancs du fond de la gorge.

En second lieu M. D'Espine présente un enfant atteint de *Paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne*; cet enfant présente très nettement les caractères de la maladie, et en outre l'on trouve chez lui une hypertrophie du cœur, un peu de goitre, mais pas d'exophtalmie. On remarque une augmentation très sensible de l'intensité des bruits du cœur, ainsi que du nombre des battements cardiaques.

M. le Dr Aug. Reverdin. En annonçant une communication chirurgicale, j'ai pour but non d'abuser longtemps de votre patience en vous faisant des discours, mais bien plutôt d'occuper utilement, je l'espère, le temps dont je dispose en *vous montrant quelques malades*. L'idée de faire cette rapide exhibition m'est venue de la constatation du fait suivant : Lorsqu'un chirurgien voyage (et malheureusement vous n'êtes parmi nous que pour peu de temps), il m'a toujours paru plus intéressant pour lui de voir les résultats de la pratique d'un confrère que d'entendre celui-ci discourir ou même de le voir opérer. Un grand chirurgien français disait un jour d'un collègue : Montrez-moi ses instruments et je vous dirai qui il est. Je partage cette manière de voir, mais je préfère beaucoup les résultats aux moyens. J'ai donc cru devoir vous présenter quelques cas de ma pratique. Je vous dirai peu de mots de chacun d'eux, avant de les soumettre à votre examen.

Voici d'abord *deux réséques de la hanche*, quelques-uns d'entre vous les ont vus à Rolle, l'an passé, ils seront bien aise, sans doute de constater que non seulement ils sont en bonne santé mais que les fonctions du membre opéré se sont encore améliorées.

1° Le premier, D..., âgé actuellement de 8 ans; je lui ai réséqué la tête fémorale, le col et le grand trochanter, pour coxalgie suppurée (abcès de l'aine) en janvier 1884. Vous voyez que la jointure s'est restaurée et que des mouvements bien étendus sont possibles. La musculature est suffisamment conservée, le raccourcissement modéré, l'état général considérable-

ment amélioré. L'enfant peut se tenir sur le memb
relevé.

2° Louise B.. Coxalgie suppurée, abcès dans l'
trochanter, les parents se refusent à toute interven
où tout espoir leur semble perdu. J'opère sur le
1880. *La tête du fémur, le grand trochanter sont en*
est absolument mou, je m'arrête peu au-dessus d
cavité cotyloïde entièrement cariée, cède au moind
arrive aisément au niveau du ligament de Poupart.
etc.; la malade s'est vite remise et vous voyez qu
satisfaisante et que l'état fonctionnel est bien supéri
prévoir. Elle fléchit le membre jusqu'à l'angle dro
lui, l'autre étant relevé.

3° M..., 24 ans, *résection du coude*, garçon chéti
l'opère à plusieurs reprises pour des ganglions lym
la région sous-maxillaire ; tendinite suppurée des
Abcès de la région épitrochléenne du coude gauch
rence périarticulaire est raclé et drainé, peu après
la résection totale du coude est pratiquée le 15
voyez que la nouvelle articulation a beaucoup de s
est conservée, les mouvements sont très étendus, s
ne reste aucun trajet fistuleux. L'état général est tr
tion des sommets est restée stationnaire.

4° Mlle B .., 22 ans (*résection du genou*) souff
d'une tumeur blanche du genou. Abcès multiples
Fonctions très gênées, l'ankylose est presque totale
des douleurs et des abcès. — Les pointes de fe
montrant impuissantes, nous pratiquons la résectio
1885. La guérison s'obtient sans accident, une peti
encore au moins de juin est raclée et cautérisée.
définitivement fermée ; la marche déjà très bonn
s'améliorer. La malade a augmenté de plusieurs ki

5° *Résection du maxillaire supérieur :* V..., 38
teuse occupant le bord du maxillaire supérieur ga
qu'au voisinage du sinus maxillaire lequel cependa
Opération le 24 mars, suivant le procédé Letiéva
intact le nerf sous-orbitaire, au moyen de deux tr
scrivant le passage osseux du nerf, le plancher de
malade quitte la clinique le 10 avril, soit 11 jours
prothèse fort bien exécutée par M. Silvestre, denti
met de parler très facilement. La cicatrice est à pei
bilité et la mobilité de la joue sont absolument con
de récidive.

6° Enfant de 7 ans, *tumeur blanche du pied*, né
l'astragale, du calcanéum et de la surface tibio-tarsi

1886. Ce malade ne reste pas à la clinique, mais vient s'y faire panser régulièrement. Pas trace de fièvre. Guérison rapide sans fistule ; marche bien avec un soulier muni d'armatures métalliques ; les mouvements d'extension et de flexion s'exécutent sans douleur et il ne reste aucune fistule. La malléole interne qui s'est réparée beaucoup plus vite et plus complètement que l'externe est actuellement de volume normal.

7° M..., garçon de café, genou valgus droit très prononcé ; le 27 avril 1886 *fracture du fémur* avec l'excellent appareil de Robin, de Lyon ; les suites ont été fort simples, le redressement est parfait et en somme le malade, comme l'annonce Robin, a échappé à tout accident ; la jambe opérée se fléchit autant que l'autre.

8° W..., 53 ans, *carcinome ulcéré* occupant le bord droit de la langue, très douloureux, ne saigne pas, mais s'accroît rapidement ; le 25 juin 1886, opération ; profonde narcose par l'éther, j'espère au début pouvoir conserver une partie de la langue. Je commence par lier les deux artères linguales, en dehors du triangle classique, de façon (me rapprochant tant que possible de la carotide) à me tenir en dehors de la dorsale de la langue, et par conséquent d'empêcher l'apport du sang par cette voie. Ces deux ligatures se font sans difficulté et avec succès, car entraîné peu à peu à enlever toute la langue, j'achève mon opération sans avoir à réprimer aucune hémorragie sérieuse. Je termine en passant un fil dans le moignon le plus long (il dépasse l'épiglotte de 2 cm. seulement), ce fil est destiné à maintenir les parties restantes et à éviter le cas échéant des accidents de déglutition. Le malade n'a pour ainsi dire pas perdu de sang. Il se lève le lendemain de l'opération et quitte la clinique le 1er juillet. Ce jour-là, déjà, il parle de façon à se faire comprendre ; la déglutition n'a pas été sérieusement gênée. la plaie s'est rapidement détergée. Aujourd'hui il ne souffre plus, parle suffisamment et ne présente aucune trace de récidive. — Je considère l'extirpation de la langue au bistouri avec ligature préalable des deux linguales *en dehors du triangle*, comme la méthode la plus radicale, la plus sûre, elle permet de bien voir l'état des tissus et n'agit pas à l'aveugle comme le thermo-cautère ou l'écraseur. J'estime également qu'il est tout à fait inutile de faire la résection temporaire du maxillaire inférieur, comme on l'a conseillé ; inutile aussi d'attaquer la langue en ouvrant la région sous-maxillaire. Il est bien plus naturel et moins dangereux d'opérer par la bouche en maintenant celle-ci ouverte avec une forte pince dans le genre de celle que j'ai fait construire dans ce but. Dès que le bistouri a détaché la langue du plancher de la bouche, on peut attirer l'organe au dehors très aisément.

9° Voici quelques *goitres opérés* il y a plus ou moins longtemps ; vous verrez les cicatrices et l'état satisfaisant des malades ; comme vous le savez, Messieurs, depuis que nous avons, M. Jacq. Reverdin et moi, reconnu et décrit *les premiers*, les fâcheuses conséquences de l'extirpation totale du corps thyroïde, depuis que nous avons donné à cet état particulier de déchéance physique et intellectuelle le nom de *myœdème opératoire*,

nous basant sur l'observation de ces faits nouveaux, no notre pratique, ce qui n'était que logique, et nous av règle, qu'il ne faut plus enlever du corps thyroïde que des (le goitre proprement dit), laissant au contraire en encore saines de la glande. Grâce à cela, nous n'avons de fâcheuses consequences, à la suite d'une opération, q de conserver dans la pratique la place honorable qu'elle plusieurs années. Ces trois malades sont : Mme W..., 1885, Mme M..., opérée le 16 juillet 1884 et M. D..., 1886 et sorti le (6 ?) juillet 1886. Comme vous le voyez, absolument linéaires et les sujets en excellente santé.

10o M. B..., 39 ans, blessé à la charge des cuirassiers une balle lui traverse la paroi abdominale du côté d crête iliaque. Simon d'Heidelberg lui extrait quelques s après la bataille. Le 1er juin de cette année (1886) le ma à souffrir, un abcès se développe au niveau de l'épine s'ouvre spontanément et une fistule s'établit. Mon exc Dr Julliard (de Châtillon de Michaïlles) me présente le m nous l'opérons immédiatement, incision horizontale le iliaque, une seconde incision verticale permet d'attaqu et de reséquer le bord de la crête iliaque sur une lon environ et une hauteur de 4 cm. La face interne de reconnue malade, est énergiquement raclée avec la cui désinfection au sublimé ; 4 drains, pansement iodoformé ; pérature 40°—39° pendant deux ou trois jours. Depuis male. Guérison rapide. — Pas de fistule, tout écoulement depuis le 20 juillet. Marche facile ; état général excellen de 22 jours pour guérir absolument une ostéite suppuré vaste étendue de l'os iliaque

11o B... a subi il y a près de deux ans une *operation* étendue (publiée dans cette *Revue*, juillet 1885); la resec côtes, l'une d'elles a été réséquée sur 13 cm. de long, la sidérablement retrécie Pendant 6 semaines environ au m sentai le malade à la Société médicale de Genève, toute tarie. Il se fit plus tard une petite poussée qui a ramené laquelle persiste encore aujourd'hui. Elle sort d'un traj la partie supérieure située au voisinage de la fosse épine élargie. Pas de tuberculose, état général assez satisfaisa ultérieure sera peut-être nécessaire.

M. le Dr G. Mehlem (Aigle) attire l'attention sur le *tr bains électriques* ; il y a trois espèces de bains, le bain f galvanique et enfin le bain galvano-faradique, quand les courants sont employés simultanément. Il y a une diff dans l'application de ces trois formes de courant dans le

les deux pôles du courant se trouvent dans l'eau, sans que le corps du patient soit mis en contact immédiat avec un rhéophore, mais que le liquide se charge du rôle de rhéophore en conduisant le courant au corps d'une manière indirecte; ou suivant que l'un des pôles est dirigé dans l'eau, tandis que l'autre est conduit directement à une partie quelconque du corps, de diverses manières. En général on fait serrer dans une des mains ou dans les deux un électrode en métal, pendant que le malade s'appuie avec son dos contre l'autre, qui a la forme d'un coussin. La première espèce de bain porte le nom de bain bipolaire, et la seconde, suivant que l'on fait arriver le pôle positif ou le pôle négatif dans l'eau, s'appelle bain monopolaire anode ou cathode. Au point de vue du résultat, en général, du bain, M. Mehlem a trouvé une diminution des pulsations (de 8 à 15 par minute), des mouvements respiratoires (3 à 5) ; sur les 5000 bains qu'il a donné, variant entre 32 et 38°, il n'a pas trouvé de modification régulière de la température. Il y a une excitation de l'activité des divers organes, l'appétit, la digestion, les fonctions génitales sont accrus, ainsi qu'une influence bienfaisante sur le sommeil et l'activité intellectuelle. Au point de vue du résultat thérapeutique, M. Mehlem trouve ce traitement efficace surtout dans les *neurasthénies* de toute espèce ; il n'a pas eu d'amélioration dans plusieurs cas d'hystérie grave. Pour deux cas de tremblement alcoolique l'amélioration a été très prononcée. Dans un cas de crises épileptiformes, fréquentes surtout la nuit, le nombre des attaques a diminué après trente séances de galvanisation générale dans le bain. Dans un cas de gangrène symétrique des extrémités, il y a eu après cinquante séances une amélioration assez marquée, pour que le malade put reprendre l'hiver dernier ses occupations; il a recommencé une cure cet été. Sans vouloir prétendre que le bain électrique puisse toujours être appliqué avec succès dans le traitement de la gangrène symétrique, il semble impossible à M. Mehlem, qu'il n'ait pas eu dans ce cas une influence heureuse. — En terminant, il insiste sur ce que le médecin doit diriger lui-même l'application du bain électrique, et assister à toutes les séances.

M. le Dr de Valcourt donne quelques détails sur les résultats obtenus dans *l'établissement fondé à Cannes*, il y a six ans environ, par M. Dolfus de Mulhouse ; cet établissement qui compte de 30 à 40 lits, est surtout destiné à des enfants atteints de rachitisme, de mal de Pott, de coxalgie, etc., on les traite surtout par les bains de mer, l'hiver dernier on a pu continuer ceux-ci jusqu'au 22 décembre dans cet établissement, dont on tient les fenêtres continuellement ouvertes, l'on a eu de très bons résultats, et l'on a pu remarquer l'absence complète de rhumes.

M. le Prof. Prevost, qui a eu l'occasion de visiter l'établissement de Cannes, en a été impressionné très favorablement.

M. le Dr C. von Monakow (Zurich) donne le résultat de ses recherches

sur les *origines du nerf acoustique ;* il a cou
nés le ruban de Reil (faisceau triangulaire ,de
six mois après. Comme conséquence de la se
ruban de Reil, l'on trouve outre une dégén
faisceaux médullaires avoisinant les parties do
rieure ainsi que de la partie antérieure de l'o
notable des fibres qui se dirigent vers le sillon
(gauche), les barbes du calamus scriptorius
nettement à l'atrophie. En outre le tubercul
une diminution de volume liée à une dispariti
res allongees de la couche moyenne de Forel
postérieure de l'acoustique gauche parait un
droite, quoique le noyau anterieur de l'acoust
blement modifié. Grâce à la disparition des fibr
stries acoustiques, l'on pouvait suivre netteme
tées normales (à droite) à travers le sillon méd
laire de l'olive supérieure.

La constatation de ces diverses lésions à la
de conclure d'une manière certaine, que, dans
il y a des fibres qui croisent le raphé directe
avec la substance grise de l'olive supérieure
fibres arciformes aux stries acoustiques du côt
en dernier lieu dans la substance grise du tu
lules ganglionnaires allongées de la couche mo

Il s'agit là très probablement de fibres qu
d'origine de l'acoustique, car il se produit au
cule acoustique et des stries acoustiques égale
section de la racine postérieure de l'acoustiqu
Ounfrovicz et de l'autre Baginsky l'ont montr
pour appuyer l'hypothèse émise plus haut, c'e
de Baginsky, qu'après la section totale soit de
rieure, soit du colimaçon (*Schnecke*), l'on ren
partie postérieure du faisceau triangulaire d
présente une dégénérescence partielle, et cela
termédiaire des barbes du calamus et des fib
remarquer que l'atrophie obtenue par M. v.
être obtenue dans une direction opposée, c'est
duite du côté périphérique.

Les fibres d'origine de l'acoustique prenne
leur origine dans la substance grise du tuberc
tinuent dans le faisceau des stries acoustiques
corps restiformes, traversent obliquement le
geant vers le raphé qu'elles croisent en se dis
l'acoustique) puis elles se dirigent dans la subs
rieure de l'olive supérieure du côté opposé, p

phères cérébraux par l'intermédiaire du ruban de Reil et des tubercules quadrijumeaux.

M. le Dr G. Burckardt (directeur de Préfargier) communique un *cas d'hystérie traumatique*.

Il s'agit d'une jeune fille de 12 ans, n'ayant pas d'antécédents névropathiques, mais scrofuleuse, mal nourrie; son habitus est enfantin. Elle est tombée en septembre 1883 sur le genou droit; à part quelques légères blessures superficielles de la peau, on ne voyait rien; au mois d'octobre il se produisit du gonflement du genou et il survint un peu de douleur, elle entra pour la première fois à l'hôpital de la Providence (Neuchâtel), et l'on porta le diagnostic de synovite traumatique; elle en sortit 25 jours après, en apparence guérie. Mais il survint petit à petit des douleurs, au moment des mouvements, qui s'étendaient jusqu'à la colonne vertébrale, et en outre de la raideur, de la fatigue et de la contracture du genou en position de demi-flexion. Après un traitement sans succès chez elle, elle entra à la Providence pour la seconde fois en août 1885. Sous le chloroforme, la jambe s'étendit parfaitement bien, mais ensuite revint rapidement dans sa mauvaise position malgré un bandage extensif; elle rentra donc à l'hôpital en janvier 1886. Un nouvel examen fit reconnaître l'absence de tout phénomène inflammatoire soit au genou soit dans les parties avoisinantes, mais une hypéralgésie extrême de l'articulation au moindre essai de mouvements actifs ou passifs; l'articulation de la hanche est un peu sensible pour les mouvements étendus; hyperalgésie de la peau du genou, se prolongeant en diminuant au-dessus et au-dessous de l'articulation; contracture des muscles fléchisseurs du genou très prononcée, et beaucoup plus faible de ceux de la hanche et du pied. Il y a une paralysie très nette des constricteurs des vaisseaux et particulièrement de ceux de l'articulation fémorale, elle est moins prononcée à la radiale droite (il y a eu une contracture passagère du coude droit) ainsi qu'à la fémorale et la radiale gauche; un peu de chalenr et de rougeur du genou; on porte le diagnostique de *contracture hystérique traumatique*. Comme traitement on institua la faradisation du nerf crural au-dessous du ligament de Poupart et des douches. La guérison fut complète au bout de 14 jours, il y eut d'abord un peu d'anesthésie et de faiblesse de la jambe, mais qui furent suivies d'une guérison complète. Un jour après la sortie de l'hôpital, la malade a eu une rétention d'urine pendant 24 heures, mais qui a disparu après le premier cathétérisme.

Le 4 juillet 1886, la malade eut le bras droit pris dans une grosse porte, son bras resta pincé pendant environ 10 minutes et pendant tout ce temps soit elle, soit ses camarades de jeu poussaient des cris de désespoir. La peau présentait quelques sugillations et à part cela on ne voyait rien d'autre; les douleurs ne semblent pas avoir été très fortes, et en tout cas elles disparurent très vite. Deux jours après la malade se plaignit de ne plus pouvoir remuer le bras, et on l'amena aussilôt à l'hôpital; à son

centes jusqu'à la base. L'hyperthermie qui suit les lésions atteignant la région calorigène est un phénomène d'excitation et non pas un phénomène de paralysie.

Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle prennent part MM. Schiff et Lépine.

M. le prof. Lœwenthal parle de la distribution et de la continuation des faisceaux de la moelle. Ses résultats ont été acquis par l'étude des dégénérescences et des atrophies secondaires chez les animaux (chien, chat). Il résume sous huit chefs l'ensemble des faits qu'il a constatés dans le courant de ses recherches qu'il poursuit depuis quelques années et qui sont, en partie déjà, livrées à la publicité. Il expose des planches schématiques et des préparations microscopiques.

Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle prennent part M. le Dr von Monakow et M. le prof. Lœwenthal.

M. le prof. His communique ses recherches sur la *formation des fibres nerveuses*. Toutes les fibres sont des prolongements de cellules. Les fibres motrices sortent des cellules de la moelle, les fibres sensibles des cellules des ganglions spinaux. Les fibres sensibles se dirigent d'une part vers le centre, d'autre part vers la périphérie. Les fibres entrant dans la moelle forment un faisceau longitudinal qui est la première trace d'un faisceau postérieur.

M. le Dr von Monakow demande s'il existe un rapport entre ces recherches et celles de Golgi.

M. le prof. Schiff montre que les résultats de Golgi ne sont pas en contradiction avec ceux du prof. *His*.

M. le prof. Herzen rapporte quelques cas de *thyroïdectomie* inconciliables avec les théories émises sur les divers effets de cette opération. Il arrive à la conclusion qu'il s'agit d'une affection cérébrale.

M. le prof. Schiff appuie cette conclusion et soutient que ces troubles cérébraux ne peuvent être causés que par l'accumulation d'une substance toxique produite au sein de l'organisme ou par le manque d'une substance contribuant à la nutrition du cerveau.

M. le prof. Schiff présente plusieurs chiens ayant subi la *section intercrânienne du trijumeau* au moyen de sa nouvelle méthode. Ces animaux offrent les symptômes classiques d'anesthésie et le défaut d'équilibre dans la vascularisation du globe oculaire. Ils démontrent une fois de plus que les altérations de l'œil dépendent, ainsi que M. Schiff l'a depuis longtemps soutenu, de la paralysie des fibres vaso-constrictrices de l'œil. Les mêmes animaux offrent en outre une hémiatrophie crânienne et faciale très prononcée, indépendante de toute paralysie motrice. C'est la première fois qu'on réussit à produire artificiellement cette affection.

Nous ajouterons que, dans la matinée
bres de la section médicale se trouvaient
où M. Revillion, professeur de clinique
malades auxquels il a fait allusion dans
liard, prof. de clinique chirurgicale a pré
que, et a parlé du traitement des kystes d
qui est celui qu'il préconise et pratique ;
atteint d'*anus contre nature* et exposé la
maladie par la résection de l'intestin qu'il
cès. Il a exposé en outre un cas d'*actinom*
service et qui est le premier observé à l
traumatique du genou avec corps libre, pr
fragment de cartilage articulaire, opéré ave
la pièce est présentée.

Le lendemain matin, 12 août, M. le Dr
a fait une *résection de trois côtes* chez une
rale à la suite d'une pleurésie purulente.

Dans la séance générale de la Société h
Marc Dufour a fait une communicatio
(paraîtra dans la *Revue*), M. H. Fol une
de la rage, et M. Aglave une communica

SÉANCE ADMINISTRATIVE DE LA SOCIÉTÉ MÉ

Tenue le mercredi 11 août 1886, à l'Unive

La séance est ouverte immédiatement a
par M. le Dr D'Espine, président, qui pro

Messieurs et très honorés Collègu

Après la séance scientifique si nourrie à
dre part, il peut paraître superflu de vous
discours officiel, celui de votre président ;
cuter votre désir formel.

Bien qu'aucun tractandum ne soit à l'
administrative, quoique nous n'ayons pas
nous tenons à notre chère Société médi
ouverte aujourd'hui sa 17me réunion, nou
plus l'esprit de solidarité et de bonne conf
de Vaud, de Fribourg, de Neuchâtel, du V
remercions, chers collègues, de n'avoir pa
voyage pour venir serrer la main de vos a
tons aussi la bienvenue à ceux de nos con
trouvent au milieu de nous et en particul
Dr Sonderegger, mon cher collègue de la C

Suivant l'usage, nous ferons un rapide

de s'écouler. Le nombre des membres continue à s'accroître d'une façon réjouissante : il est aujourd'hui de 251, chiffre respectable, si nous le comparons à celui de l'année 1868, qui était de 167.

Nous avons malheureusement à vous signaler des pertes douloureuses faites depuis la dernière réunion de St-Maurice ; et d'abord celle de deux vétérans, l'un de Genève, le Dr Jean-François *Bizot*, mort le 16 septembre 1885, à l'âge de 80 ans, l'auteur classique des *Recherches sur le cœur et le système artériel de l'homme*, l'autre du Valais, le Dr Cyprien *Ribordy*, mort le 5 mars 1886, après 45 ans d'une pratique médicale considérable, soit privée, soit hospitalière. La mort nous a ravi dans la force de l'âge, nos collègues Eugène *Piccard*, de Lausanne, mort à l'âge de 46 ans, le 12 juillet dernier, et Albert-Louis *Roulet*, de Neuchâtel, mort à 44 ans, le 13 janvier 1886 ; dont vous vous rappelez tous encore le travail si remarquable sur l'*alcoolisme* lu par ce dernier au congrès d'hygiène de Genève. Je vous prierai, Messieurs, de bien vouloir vous lever pour honorer la mémoire de nos collègues défunts.

Je ne vous parlerai pas de l'activité scientifique de nos Sections pendant cette année ; vous en trouverez le fidèle résumé dans la *Revue médicale*.

La caisse de secours des médecins suisses, que l'infatigable trésorier, le Dr Baader, gère avec autant d'intelligence que de dévouement, est entrée dans la période active. Quatre secours ont été accordés cette année par la Commission pour des cas des plus intéressants et qui vous auraient émus comme nous, si nous pouvions vous communiquer ces détails navrants. Malheureusement, notre capital est encore trop faible pour pouvoir secourir, comme nous le voudrions, toutes les infortunes qui frappent notre famille médicale. Nous comptons, Messieurs et chers collègues, sur une participation toujours plus grande de votre part pour mener à bien cette œuvre de solidarité confraternelle.

Je terminerai en vous rappelant les origines de notre Société ; vous savez qu'elle est fille de la Société vaudoise de médecine et que cette enfant aujourd'hui presque adulte est née à Lausanne, le 30 octobre 1867. Elle a toujours témoigné une prédilection très marquée pour son pays natal. J'en vois la preuve dans le fait qu'elle s'est réunie huit fois dans le canton de Vaud, tandis que les autres réunions annuelles ont eu lieu une fois dans le Valais, deux fois à Neuchâtel, trois fois à Fribourg, deux fois à Genève. C'est la troisième fois aujourd'hui que Genève à l'honneur de vous recevoir. Pour ma part, Messieurs, j'estime que malgré le privilège que nous avons aujourd'hui, nous devons pour l'avenir savoir y renoncer pour le bien de tous et adopter un rendez-vous plus central, qui permette à un grand nombre de collègues de prendre part à nos réunions sans éprouver trop de dérangements. Persuadé de l'importance de nos réunions pour l'avenir de notre Société, je viens soumettre à vos délibérations la proposition suivante que je formulerai ainsi :

1. La Société médicale de la Suisse romande aura deux réunions annuelles, l'une de printemps, l'autre d'automne.

2. Lausanne es
3. La réception
désignée comme
Vous aurez enc
gner le Comité ce

Il est ouvert u
M. Morax déc
la réunion de la
croit qu'il vaut m
M. Picot propo
cielle et aurait to
drait tantôt à un
M. Burckardt
une discussion et
M. Prevost cr
réunion et qu'il s
renvoi de la ques
M. D'Espine se
de renvoyer cette
La Société pass
tral en 1887, c'es
à l'unanimité le
Suisse romande p
La séance est l

Cette séance es
les membres de l
confondus. Parm
de M. le prof. Pa
(de Saint-Gall), p
membres de la r
ses hôtes par la

S

Le Président
rendent à l'amab
lendemain sa réu
M. H. de Mon
entrée à l'Hôpita
tibio-tarsienne d
centre de l'astrag
l'articulation du

placé dans un appareil silicaté. La malade séjourna 5 mois à l'Hôpital et 12 pansements furent suffisants jusqu'à la guérison. Le résultat est très satisfaisant en ce sens que l'articulation du pied est parfaitement mobile, et qu'il n'y a pas de raccourcissement.

M. Dardel parle de deux cas de *croup* traités avec succès par les inhalations de *benzoate de soude* (solution 1 : 100). Le même confrère se loue beaucoup du traitement des néphrites par sudation forcée, au moyen de l'air sec.

M. Bovet s'est servi avec succès du sulfure de calcium, dans le traitement du croup.

M. H. de Montmollin, tout en se servant fréquemment d'inhalations avec diverses substances, est partisan, dans les cas de croup, d'une prompte intervention chirurgicale.

M. Nicolas ayant observé une ou deux fois des décès par suite de paralysie diphtéritique, au moment où l'on croyait tout danger écarté, aimerait savoir au bout de combien de temps on peut considérer l'enfant comme indemne.

M. H. de Montmollin a toujours remarqué que la paralysie diphtéritique se déclare dans la 6me semaine de la maladie.

M. Albrecht dit que d'après Thomas de Fribourg et Monti de Vienne, on peut encore voir des paralysies après huit semaines.

Le secrétaire, Dr E. Henry.

BIBLIOGRAPHIE

Albertoni et Tizzoni, Sugli effetti dell' estirpazione della tiroïde, *Arch. per le scienze mediche,* X, no 1.

Une brèche importante dans le mystère qui enveloppait jusqu'à présent la fonction de la thyroïde, vient d'être faite par deux expérimentateurs italiens, MM. les professeurs Albertoni et Tizzoni de Bologne.

Après une série d'expériences préliminaires, démontrant que les singuliers phénomènes paralytico-convulsifs et trophiques qui constituent la « cachexia strumipriva » aiguë chez le chien, ne sont pas produits par la *lésion des nerfs* situés dans le voisinage de la thyroïde (section, ligature, exposition prolongée à l'air), ni par la *ligature des artères* thyroïdiennes, avec ou sans injection préalable de poudre de lycopode, les auteurs décrivent les *symptômes* offerts par 22 chiens auxquels ils ont enlevé simultanément les deux corps thyroïdes, et passent ensuite à l'étude de la *cause* de ces symptômes.

La description que les auteurs donnent des symptômes produits par l'absence de la thyroïde concorde parfaitement avec celle qui a été faite par Schiff, Sanquirico et Canalis, Zesas, Colzi, Ughetti et Mattei, Horsley, et, en dernier lieu, Herzen. Nous laisserons cette description de côté ; les symptômes dont il s'agit sont bien connus de nos lecteurs par les deux

travaux de M. Schiff, publiés dans les numéros 2 et 8 de l'ani cette *Revue*. — Disons seulement que MM. Albertoni et T observé aucune influence du sexe ou de l'âge des animaux op effets ultérieurs de l'opération ; et que 7 de leurs 22 chiens on l'ablation *simultanée* des thyroïdes (de préférence, les individ race), après avoir été plus ou moins malades, ou bien même montré les symptômes classiques, et se sont maintenus en l pendant plusieurs mois, voire même un an, jusqu'à ce qu' sacrifiés dans un but expérimental. Cette proportion de pl d'animaux guéris est de beaucoup supérieure à celle que M. Sc vée. Les auteurs diffèrent encore avec notre éminent physio le résultat des *ablations successives* des deux corps thyroïd intervalle de 3 à 4 semaines : les animaux qu'ils ont opé manière ont succombé avec les mêmes symptômes que les a vrai qu'ils sont seulement *quatre*.

Quant à la *cause* des troubles trophiques et des phénomèn qui se manifestent tôt ou tard chez les deux tiers au moins d éthyroïdés, MM. Albertoni et Tizzoni la cherchent dans une r du sang; ils ne trouvent aucune modification visible au micr la forme ou le nombre des éléments figurés du sang (hématies, et plaquettes), point de diminution du contenu des hématies en bine, mais en revanche une diminution frappante *du conte artériel en oxygène*.

En effet, tandis que le sang artériel de chiens normaux con à 19 volumes % d'oxygène (à 0° et sous une pression de 760m cure) et leur sang veineux 9 à 10 vol. %, *chez les chiens é sang artériel ne contient que* 3 *à* 10 *vol. % d'oxygène*. Cet éno d'oxygène augmente proportionnellement à la durée de la mala les auteurs ce fait suffit à lui seul pour occasionner tous les de la cachexia strumipriva ; et, comme leurs expériences pr ont démontré qu'aucune lésion collatérale ne produit de sembla tômes, ils concluent que ceux-ci résultent uniquement de l'ab thyroïde, et que par conséquent *la fonction de cet organe con férer à l'hémoglobine, contenue dans les globules rouges du s priété de fixer l'oxygène*.

—

J. Schmitt, Microbes et maladies, 1 vol. in-18 de 300 p Paris, 1886. J.-B. Baillière.

Cet ouvrage est la reproduction des articles que l'auteur, p à la fac. de Nancy, a publiés dans le *Nouveau Dict. de méd. prat.* sur les microbes et les maladies zymotiques. Il constitue lent résumé de nos connaissances actuelles en microbiologie mière partie est consacrée à l'histoire naturelle des microl procédés techniques en usage pour les étudier, à leur class leur rôle et au mode d'action des microbes pathogènes. La sec est une étude générale des maladies zymotiques et infectie

laquelle l'auteur cherche à démontrer que la théorie microbienne explique la plupart des caractères cliniques de ces affections et fournit seule les indications d'une thérapeutique rationnelle. C. P.

—

A.-S. Wyss. Étude clinique des complications auriculaires de l'ozène. *Thèse de Berne*. Genève, 1886.

Ce travail est basé sur de nombreuses observations personnelles que l'auteur publie et qu'il classe sous forme de tableaux. Il résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

A. CONCLUSIONS GÉNÉRALES. — I. L'ozène est très fréquemment compliqué de lésions auriculaires. La participation de l'espace naso-pharyngien au processus inflammatoire prédispose à ces lésions. Les complications auriculaires se développent de préférence du côté où les lésions de l'ozène sont plus intenses.

II. Dans la moitié des cas, les lésions auriculaires ne sont pas accompagnées de symptômes subjectifs : bruits d'oreille ou surdité.

Ce sont : ou bien des résidus d'anciens processus inflammatoires de la période hypertrophique de l'ozène : épaississements du tympan, calcifications, petites perforations fermées par des cicatrices, ou bien des lésions de la période atrophique : altérations du pavillon de la trompe, insuffisance fonctionnelle (collapsus) du canal tubaire; enfoncement et raréfaction du tympan.

III. Dans un quart des cas, les complications auriculaires sont plus graves. Elles se produisent pendant la période atrophique et sont accompagnées généralement de surdité et de sensations subjectives. Les affections que nous avons constatées, sont :

L'otite catarrhale aiguë et subaiguë, avec ou sans exsudat.

L'otite suppurée aiguë ou chronique.

L'otite moyenne chronique sèche, avec ou sans labyrinthite.

IV. Le traitement des complications auriculaires est le même que celui des affections auriculaires en général.

B. CONCLUSIONS SPÉCIALES. — I. La voix murmurée est un moyen de diagnostic beaucoup plus sensible que l'acoumètre.

II. L'épreuve de Weber est un moyen précieux pour découvrir des lésions auriculaires unilatérales ou plus prononcées d'un côté, dans tous les cas où il n'existe pas de lésions de l'oreille interne.

III. L'épreuve de Rinné est toujours négative dans les lésions de l'oreille moyenne avec surdité prononcée et bruits subjectifs continus. Elle est positive dans tous les cas d'otite chronique compliquée de labyrinthite.

IV. La durée de perception du diapason placé sur le vertex ou devant les oreilles (Épreuve de Schwabach) est généralement considérablement raccourcie chez les personnes atteintes d'ozène (résonance diminuée). C'est ce qui la rend impropre comme moyen de diagnostic entre les affections de l'oreille moyenne et interne.

V. Un abaissement considérable de la limite supérieure, où l'existence de lacunes dans la perception du sifflet de Galton permettent de diagnostiquer une lésion de l'appareil de perception.

VARIÉTÉS

Caisse de secours des médecins suisses. — Reçu en août 1886.
Argovie — Dr G. Amsler (IIme don) 20 fr. (20 + 1607 = 1627).
Saint-Gall. — Dr H. Wymann, 10 fr. (10 + 2040 = 2050).
Soleure. — Dr H. Steiner (IIIme), 10 fr (10 + 845 = 855).
Total 40 + 27,080 des listes précédentes = 27,120 fr.
Bâle, 1er septembre 1886. *Le Trésorier :* A

Maladies infectieuses signalées au Bureau de Police sanitaire du ca

AOUT 1886.		Fièvre typhoïde.	Fièvre puerpérale.	Variole.	Varioloïde.	Scarlatine.	Rougeole.
DISTRICTS	COMMUNES	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Ca
Lausanne.	Lausanne	6	....	....	....	2	..
	Prilly	1	....	....	....	....	..
Cossonay.	Mex	1	....	....	....	....	..
Morges...	Morges	....	....	....	....	1	..
Moudon..	Moudon	....	1	....	....	....	..
	Lucens	1	....	....	....	....	..
	Chesalles	1	....	....	....	....	..
Orbe.....	Vallorbes	1	....	....	....	....	..
Payerne..	Combremont-le-Grand	1	....	....	....	....	..
	Totaux...	12	1	....	....	3	..

Étudiants et assistants en médecine des quatre universit

Semestre d'Été 1886.

		Suisses				Étranger	
		du canton		d'autres cantons			
		Messieurs	Dames	Messieurs	Dames	Messieurs	Dame
Bâle...	Étudiants	25	—	84	—	12	—
	Assistants	..	..	..	..	..	.
Berne..	Étudiants	53	—	80	1	40	2
	Assistants	..	..	..	..	..	.
Genève.	Étudiants	26	—	41	—	32	
	Assistants	..	..	..	..	..	.
Zurich .	Étudiants	52	3	85	4	46	2
	Assistants	..	..	..	..	..	.
						Total	

Le *Bulletin de statistique mortuaire et épidémique* du mois, rédig
P. Dunant, paraîtra dans le prochain numéro.

Fig 1

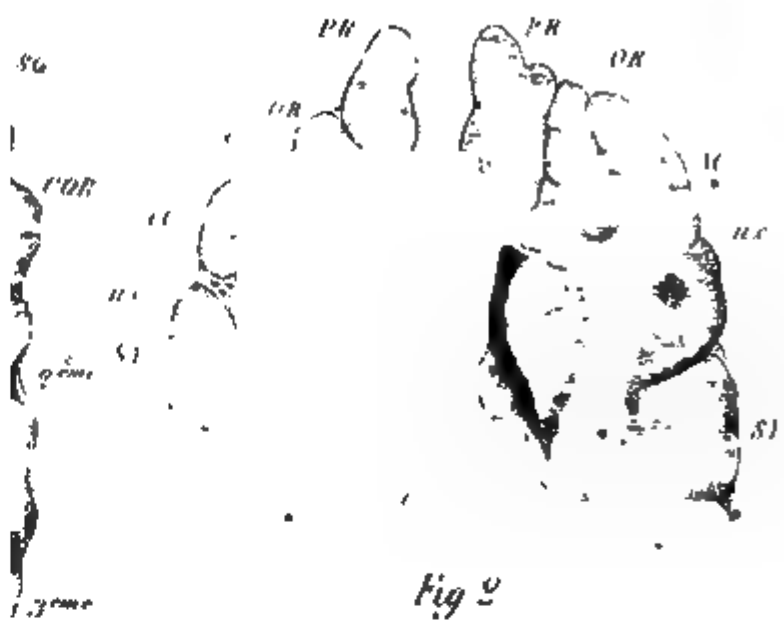


Fig 2

Fig 5

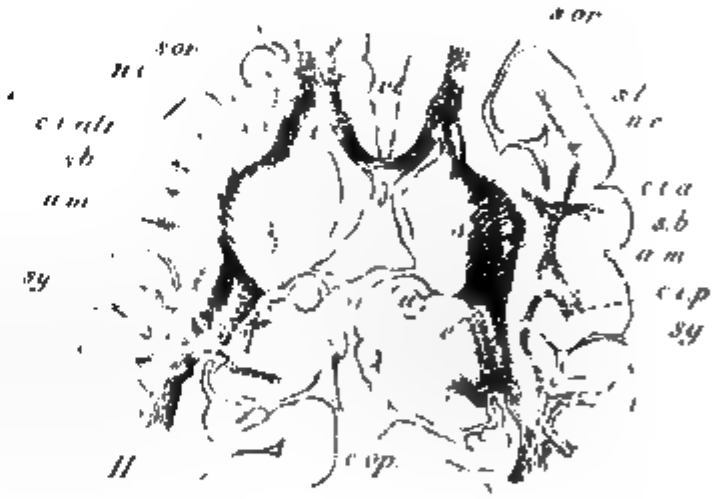


Fig 3

Fig 6

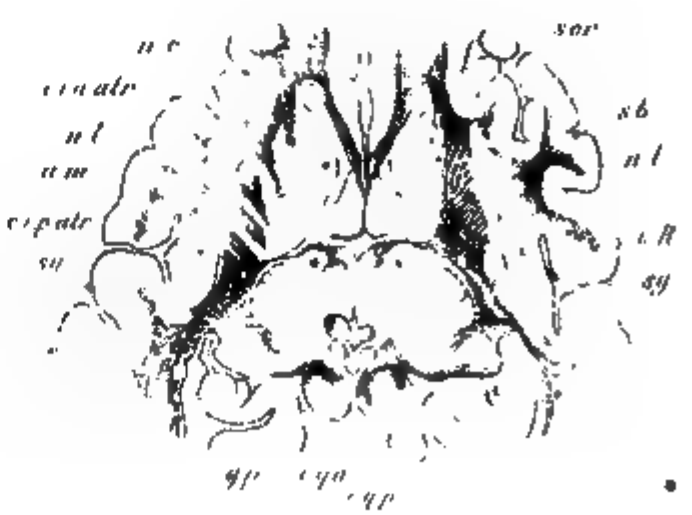


Fig 4

Fig 1

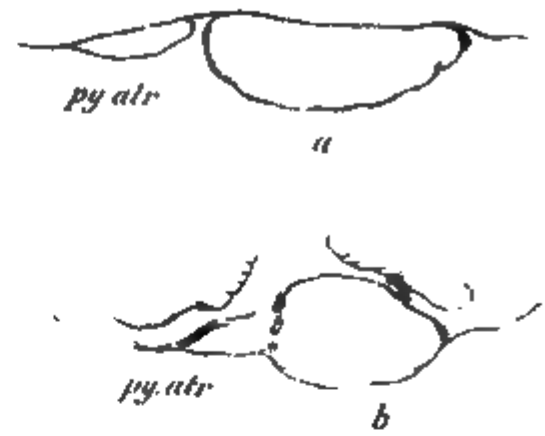


Fig 6

Fig 2

Fig 3

Fig 4

Fig 5

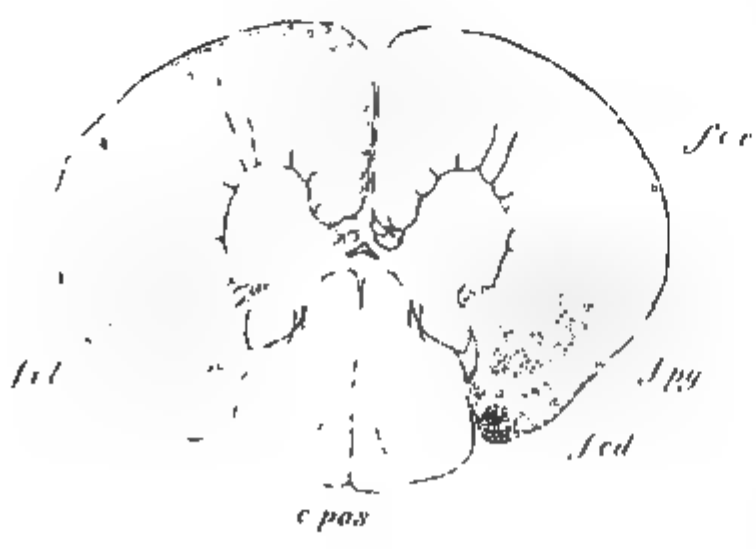


Fig 7

Fig 8

Vloewenthal, del

VI^me ANNÉE. — N° 10. 15 OCTOBRE 1886.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la résistance électrique du corps humain,

Communication faite à l'assemblée de la Société helvétique des sciences naturelles, le 11 août 1886,

Par le Dr Dubois,
Privat-docent à l'Université de Berne.

Dans l'application de l'énergie électrique à la production d'un travail quelconque, chimique, mécanique, thermique ou physiologique, il est très important de connaître la *résistance du circuit*. Les effets si variés de l'électricité dépendent toujours de l'*intensité* du courant; ils n'y sont pas dans tous les cas directement proportionnels, mais toujours ils croissent et diminuent avec l'*intensité*. Or une formule très simple, la formule de Ohm, nous indique les relations intimes qui existent entre l'*intensité* d'un courant et la résistance du circuit qu'il parcourt. Elle nous apprend que l'intensité est directement proportionnelle à la force électromotrice, c'est-à-dire au nombre d'éléments et inversement proportionnelle à la résistance totale du circuit,

$$I = \frac{E}{R}.$$

Cette résistance totale comprend :

1° La résistance dans la pile, ce qu'on appelle la *résistance intérieure ou intrinsèque*.

2° *La résistance extérieure ou extrinsèque*.

Dans les cas nombreux où il y a lieu de faire cette distinction, la formule de Ohm se trouve modifiée comme suit : $I = \frac{E}{r+R}$,

r représentant la résistance intérieure, R la résistance extérieure.

Ces considérations suffisent pour démontrer la nécessité de connaître la *résistance* du circuit, puisque de sa valeur dépend en majeure partie l'*intensité* du courant.

Dans cette détermination de la résistance électrique, l'ingénieur électricien se trouve dans des circonstances particulièrement favorables. Il a le plus souvent à faire à des conducteurs métalliques dont la longueur, la section et la conductibilité spécifique sont connues ou faciles à déterminer.

Tout au plus éprouvera-t-il quelques difficultés lorsqu'il s'agit de mesurer la résistance de milieux liquides, comme dans les opérations d'électrolyse et de galvanoplastie. Il se trouve alors en présence de phénomènes de polarisation qui donnent lieu à la production de forces contre-électromotrices et rendent ainsi moins précises les mensurations de résistance.

Les difficultés sont plus grandes encore lorsqu'il s'agit de mesurer la R du corps de l'animal ou de l'homme. Ici tout s'oppose à des mensurations exactes, forme irrégulière du corps en expérience, milieux hétérogènes, phénomènes d'électrolyse et de polarisation. Et pourtant la connaissance de cette résistance est aussi nécessaire au médecin qu'elle l'est lors des applications industrielles de l'électricité.

Sans doute le médecin en possession d'un galvanomètre gradué en unités d'intensité, c'est-à-dire en milliampères peut à la rigueur se contenter de ses indications, mais pour peu qu'il aime la clarté, il cherchera à déterminer les causes qui font varier dans un sens ou dans l'autre la déviation de l'aiguille aimantée.

Il doit tenir à savoir si ces différences dans l'intensité du courant correspondent à des variations de la force électromotrice ou à des changements dans la résistance du circuit.

Examinons donc dans quelles conditions se fait chez l'homme l'application des courants galvaniques.

Nous employons en thérapeutique des batteries galvaniques de force électromotrice variable. Disposant d'un certain nombre d'éléments, nous sommes en mesure de doser notre courant en faisant varier le numérateur E de la formule $I = \frac{E}{r + R}$. Si nous employons des éléments dérivés du Daniell, l'addition d'un élément augmente la force électromotrice de 1 volt. Avec les

piles Leclanché, si commodes pour les usages médicaux, la progression est un peu plus forte, car elles ont une force électromotrice de 1,5 volt.

Le dénominateur $r + R$ se compose de la résistance intérieure de la batterie, r et de la résistance extérieure, R.

On répète ordinairement que dans les conditions ordinaires de l'électrothérapie, la résistance extérieure, c'est-à-dire celle du corps est si considérable que la résistance intérieure de la batterie devient une quantité négligeable. C'est vrai dans la plupart des cas et pour nous, médecins, la formule de Ohm peut prendre son expression la plus simple $I = \frac{E}{R.}$ c'est-à-dire que l'intensité du courant est égale à la force électromotrice exprimée en volts divisée par la résistance du corps exprimée en ohms.

Il ne faut cependant pas exagérer la valeur de la résistance du corps. Elle est souvent peu considérable et si la batterie mal construite a une résistance trop forte, cette résistance intérieure peut diminuer notablement l'intensité du courant.

Il nous reste à examiner la valeur de la R extérieure, c'est-à-dire la résistance du corps. C'est sur ce point qu'ont porté les expériences que j'ai l'honneur de vous communiquer.

On a souvent cherché à déterminer qu'elle est la résistance spécifique des différents tissus, mais on n'est pas arrivé à des résultats positifs. Erb a résumé nos connaissances à ce sujet dans son Traité d'électrothérapie. Il s'exprime à peu près de la manière suivante :

Il résulte de ces recherches que les différents tissus du corps ont à peu de chose près la même résistance électrique, surtout si l'on considère l'organisme vivant continuellement irrigué par le sang. Le tissu musculaire est probablement celui qui conduit le mieux l'électricité, en raison de sa vascularisation et de la forte proportion d'eau qu'il contient. Les nerfs, les tendons, les os, la graisse sont moins bons conducteurs, mais ces différences ne sont pas très grandes. C'est *l'épiderme* et particulièrement sa couche cornée qui oppose au passage du courant l'obstacle le plus considérable. Aussi la main calleuse de l'ouvrier a-t-elle une résistance beaucoup plus forte que la peau d'autres parties du corps. On peut dire que si l'épiderme n'était pas percé d'une infinité de canaux, glandes sudoripares et sébacées, il serait très difficile d'employer le courant galvanique en médecine.

Nous diminuons cette résistance énorme de l'épiderm ployant comme électrodes de larges plaques recouvertes de daim bien mouillées d'eau tiède salée.

L'épiderme étant le seul obstacle sérieux à l'entré sortie du courant, la longueur et la section du segment i sont sans importance. Souvent la résistance électrique en points distants de 1m est moindre que la R entre deux poin à 10 cent. l'un de l'autre. Plus l'électrode est grande, dire plus est grande la surface de contact entre la l'électrode, moins la résistance est considérable.

Erb fait remarquer aussi que la résistance de la pe suivant les individus, suivant les régions du corps ou l'é peau. Enfin il signale le fait que *chez le même individu les mêmes points d'application,* la résistance de la pe dans d'énormes proportions. Elle diminue par suite de prolongée du courant; elle diminue encore plus sous l'i d'un courant plus intense, etc., etc.

Dans ses expériences Erb n'a pas mesuré directe résistance; il arrive à ces conclusions par la simple cons des déviations croissantes de l'aiguille du galvanomètr paru intéressant de reprendre ce sujet, de mesurer au tement que possible la résistance et d'étudier les caus font varier. Ayant pratiqué ces mensurations très fréqu sur des malades et sur moi-même, j'ai obtenu des r constants et qui m'ont paru avoir quelque intérêt a pour le médecin et le physiologiste que pour le physi Deux mots sur la méthode employée. C'est la méthode stitution. J'applique sur deux points du corps les élect fais passer le courant d'un nombre x d'éléments et je n tensité qu'indique le galvanomètre gradué en milliam dizièmes de milliampère. Cela fait, je substitue au c caisse de résistance et je recherche combien d'ohms intercaler pour obtenir la même déviation.

Le chiffre obtenu indique la R. du corps + la R. trodes. Cette dernière étant également variable et g ment peu considérable (75-200 ohms), je n'ai pas cru soustraire.

Quand on fait usage d'une bonne batterie, bien cons dont on a mesuré la force électromotrice on peut déter R. par un simple calcul suivant la formule $R = \frac{E}{I}$. Il

diviser la force électromotrice en volts par l'intensité en milliampères pour avoir la résistance en ohms.

Les tableaux ci-contre donnent les détails d'une de ces nombreuses expériences. Elle est assez démonstrative pour que je vous épargne les détails des autres. Ces chiffres ont été obtenus de la manière suivante. J'applique le pôle positif sur la nuque, le pôle négatif sur la surface antérieure de l'avant-bras au moyen d'électrodes moyennes de 8 cent. de côté, soit 64 cent. carrés de surface. Elles sont soigneusement humectées d'eau salée et fixées solidement par des liens de caoutchouc. Je fais alors passer successivement et pendant 1 minute le courant de 1, 2, 3, etc. éléments jusqu'à 20, puis je diminue le nombre d'éléments de 20 à 1. Je note les déviations du galvanomètre au commencement et à la fin de chaque minute et je mesure les résistances qui correspondent aux intensités.

Au début de l'expérience un élément ne suffit pas à produire une déviation et pourtant le galvanomètre d'Edelmann décèle des courants de 1/50e de milliampère; la résistance du corps est trop considérable.

Avec 2 éléments soit 3 volts, il y a une légère déviation de 0,1 qui n'augmente pas par l'application du courant pendant une minute. Cette intensité de 1/10 de milliampère correspond à une résistance de 30,000 ohms. Avec 3 éléments, soit 4,5 volts la résistance tombe immédiatement à 22,500 et au bout d'une minute à 18,000.

Le courant de 4 éléments soit 6 volts l'abaisse immédiatement à 17,140; elle n'est plus que de 15,000 après une minute d'application.

Nous voyons donc que pendant l'application successive et pendant une minute de 1, 2, 3 et 4 éléments la résistance du corps a varié considérablement. Elle n'est plus que de 15,000 ohms au lieu de 30,000 qu'elle comportait au début. Nous constatons le même phénomène pendant toute la durée de l'expérience.

L'addition d'un nouvel élément produit une augmentation d'intensité beaucoup plus forte que ne le ferait supposer la quantité dont la force électromotrice s'est accrue. A mesure que nous faisons agir sur la peau un nombre plus grand d'élé-

1e Expérience sur le vivant

Nombre d'éléments	Force électromotrice en volts	Intensité en milliampères			
1	1,5	0	— 0	0,45	
2	3,0	0,10	— 0,10	1,65	30(
3	4,5	0,20	— 0,25	3,0	22
4	6,0	0,35	— 0,40	5,0	17
5	7,5	0,50	— 0,60	7,0	15(
6	9,0	0,72	— 0,85	9,0	12
7	10,5	1,05	— 1,25	11,0	10(
8	12,0	1,55	— 2,0	13,0	7
9	13,5	2,40	— 3,0	15,0	5(
10	15,0	3,60	— 4,50	18,0	4
11	16,5	5,40	— 6,50	20,5	3(
12	18,0	7,50	— 9,0	23,0	2
13	19,5	10,0	— 12,30	26,0	1
14	21,0	14,0	— 16,25	28,0	1
15	22,5	18,0	— 20,25	31,0	1
16	24,0	22,0	— 25,0	33,5	1(
17	25,5	27,0	— 30,0	36,0	
18	27,0	32,0	— 34,5	39,0	
19	28,5	37,0	— 39,0	42,0	
20	30,0	41,0	— 43,5	➽	

2e Expérience sur le cadav

Nombre d'éléments	Force électromotrice en volts	Intensité en milliampères			
1	1,5	0	— 0	0,25	
2	3,0	0,1	— 0,1	0,90	30(
3	4,5	0,15	— 0,15	1,70	30(
4	6,0	0,25	— 0,35	2,70	24(
5	7,5	0,50	— 0,50	3,70	15(
6	9,0	0,75	— 0,75	4,50	12(
7	10,5	0,80	— 0,90	5,50	13
8	12,0	1,20	— 1,35	6,50	10(
9	13,5	1,70	— 1,90	7,0	7
10	15,0	2,25	— 2,35	8,50	6(
11	16,5	2,90	— 3,0	10,0	5
12	18,0	3,70	— 4,25	11,50	4
13	19,5	4,75	— 5,25	12,50	4
14	21,0	6,25	— 7,0	13,50	3
15	22,5	8,0	— 8,75	14,0	2
16	24,0	9,75	— 10,25	15,0	2
17	25,5	11,50	— 12,50	16,0	2
18	27,0	13,50	— 14,0	17,0	2(
19	28,5	15,0	— 16,0	18,0	1
20	30,0	18,0	— 19,0	➽	1(

ments, la résistance cutanée baisse et vous voyez que pour 20 éléments elle est devenue bien peu considérable. Elle n'est plus que de 690 ohms, c'est-à-dire qu'elle est environ 43 fois moindre qu'au début de l'expérience. Vous saisirez encore mieux ce curieux effet du courant si vous comparez les chiffres de ce tableau avec ceux qu'on obtiendrait si la résistance du corps restait stable.

Supposons par exemple que l'énorme résistance du début, 30,000 ohms, ait été abaissée par l'humectation de la peau et qu'elle soit tombée à 15,000. Admettons que cette résistance reste dès lors fixe et voyons quelle intensité nous aurions obtenue par l'addition successive des 20 éléments.

Nous aurions alors :

Pour 5 éléments = 0,50.
Pour 10 éléments = 1,0 au lieu de 3,6-4,5.
Pour 15 éléments = 1,5 au lieu de 18-20,5.
Pour 20 éléments = 2,0 au lieu de 41-43,5.

Vous voyez que sans cette précieuse propriété de la peau de diminuer sa résistance sous l'influence du courant, nos 20 éléments n'auraient produit que la minime intensité de 2 milliampères. Avec 40 éléments soit 60 volts nous arriverions à 4 milliampères et il nous faudrait une batterie de 100 Leclanché, soit de 150 volts pour obtenir une intensité de 10 milliampères. Or nous avons quelquefois besoin d'une intensité plus grande ; on a employé avec succès et j'ai recommandé dans le traitement de la sciatique des courants de 30, 40, 50 et même de 100 milliampères. Si la résistance du corps restait à 15,000 il nous faudrait des batteries de 500 à 1000 éléments !

Ce n'est donc pas la puissance de nos batteries galvaniques de 20-50 éléments qui nous permet d'obtenir l'intensité désirable. Nous en sommes redevables à cette propriété peu connue de la peau de varier sa résistance sous l'influence du courant.

Vous voyez que le phénomène est assez marqué et assez gros de conséquences pour que j'attire votre attention sur ce sujet.

Le tableau n° 1 nous apprend encore autre chose. Vous remarquerez que cette action du courant sur la peau est pour

ainsi dire instantanée. L'abaissement de la résistance d peau ne se fait pas seulement au bout d'un certain temps, exemple au bout d'une minute. Elle est immédiate et da court espace de temps nécessaire pour consulter le galv mètre elle a souvent baissé de plusieurs centaines d'o C'est donc une action extrêmement rapide qui n'exige n ment une application prolongée du courant. Il en résulte q résistance de la peau est variable suivant la force électr trice du courant. La résistance a une certaine valeur pour force électromotrice de 2 volts; elle est successivement petite pour 5, 10, 15, 20 volts. Cette résistance cutanée e mobile que nous sommes obligés de la mesurer au vol, si voulez me permettre cette expression.

Enfin, comme le montre le tableau, cette diminution d sistance produite par le courant n'est pas passagère, ell durable, la résistance reste peu considérable pour un noi décroissant d'éléments. Elle augmente un peu, il est vr mesure que le courant est plus faible, mais même pour 1 élé elle n'est plus que de 3333 ohms, c'est-à-dire 10 fois moi qu'au début de l'expérience. Voilà ce que démontre cette rience qui résume toutes celles que j'ai faites sur ce sujet.

Le professeur Erb croit avoir reconnu que la résist s'abaisse aussi sous l'influence de fermetures répétées et tout sous l'influence des inversions brusques de courant. I tres auteurs, comme Ziemmsen, attribuent la même actio courants faradiques. Mes expériences nombreuses n'on confirmé cette manière de voir. Nous n'avons jamais vu dimi la résistance sous l'action de fermetures répétées. Au cont nous avons pu constater régulièrement que ces interrupt qui raccourcissent d'autant *la durée* du courant, diminu l'effet sur la peau. Lors des inversions du courant, on obs il est vrai, une déviation de l'aiguille du galvanomètre. Si exemple, avec 10 éléments nous avons 10 milliampères, le renversement nous avons 12 milliampères. Il est po qu'il se produise une légère diminution de la résistance tient probablement à ce que le pôle négatif influe plus ment sur la peau, mais cette augmentation d'intensité principalement à une autre cause qu'a signalée M. V roux. — Tout courant tant soit peu intense appliqué s peau y produit des phénomènes d'électrolyse et donne l des courants de polarisation. Ces courants d'une force él

motrice souvent supérieure à 1 volt sont dirigés en sens contraire du courant polarisateur et en diminuent l'intensité.

Après le renversement du courant ce courant de polarisation se trouve être de même sens. L'intensité augmente parce que le courant de polarisation s'ajoute au courant principal, au lieu de l'affaiblir. Si ce courant de polarisation a une intensité de 1 milliampère, le renversement du courant doit donner une augmentation de 2 milliampères.

Mes expériences m'ont prouvé enfin que le courant faradique n'a pas la même action sur la résistance du corps. Appliquez sur un point du corps le courant de 10 éléments et supposez qu'il vous donne une intensité de 5 milliampères correspondant à une résistance de 3000 ohms; faites passer pendant 10 minutes le courant faradique le plus intense et marchant à intermittences rapides, et mesurez de nouveau après cela la résistance, vous aurez 3000 comme auparavant. Si peut-être la résistance a diminué quelque peu, vous pouvez l'attribuer à l'humectation de la peau, mais nullement au courant faradique.

En résumé :

1° Le courant galvanique agit sur la peau en diminuant sa résistance.

2° Cette action devient plus marquée par l'application prolongée du même courant.

3° La résistance diminue encore plus sous l'influence d'un courant plus fort. Cette action est très prompte, presque instantanée. Elle s'accentue naturellement par la prolongation de l'expérience.

4° L'effet produit est plus ou moins durable, si bien qu'à la suite de l'application de courants intenses la résistance reste diminuée et n'est souvent que la dixième partie de la résistance primitive.

C'est de l'intensité même et de la durée du courant galvanique que dépendent ces effets. Les fermetures répétées n'ont pas d'influence marquée. — L'augmentation d'intensité produite par les renversements de courant, ne dépend pas de la résistance, mais est la conséquence des phénomènes de polarisation. Enfin le courant faradique ne produit pas d'effets analogues.

A quoi devons-nous attribuer les phénomènes constatés? Quelles sont les causes qui amènent cette diminution énorme de la résistance. Comme l'a dit Erb, ce phénomène est le résultat de causes diverses.

L'application d'un courant galvanique sur la peau nécessairement des décompositions électrolytiques. L s'accumulent au pôle positif, les bases au pôle néga suffit pour rendre l'épiderme meilleur conducteur. D courant produit un transport réel de particules liquide positif au pôle négatif; les cellules épidermiques s'imb liquide et c'est à cette action cataphorique du coura auteur allemand, Gärtner, a attribué les phénomène vous ai indiqués et il se base sur le fait qu'il a obtenu le résultats sur le cadavre.

Sur ce point mes expériences ne concordent pas to avec les siennes. Lorsqu'on répète sur le cadavre ou bre amputé l'expérience que je vous ai détaillée, les sont analogues, mais moins marqués. On observe t diminution de la résistance, mais jamais on ne réussit à baisser dans les proportions que je vous ai indiquées. tableau n° 2 indiquant les résultats de l'expérienc cadavre.)

On ne peut donc expliquer cette diminution de résist les phénomènes simplement physiques d'électrolyse et port. Il faut y joindre l'hyperhémie de la peau que l'application du courant galvanique.

Le fait que cette diminution est beaucoup plus gran vivant milite déjà en faveur de cette opinion. J'ai deux preuves plus directes.

Si au lieu d'employer des électrodes ordinaires ont périence avec les réfrigérateurs de Leiter, on voit l'ai galvanomètre retourner en arrière au moment où le d'eau froide produit la contraction des vaisseaux cutan

Enfin, et j'attire spécialement votre attention sur *dans certains cas d'hémiplégie, avec refroidissement d mités paralysées, la résistance est considérablement plu du côté malade.*

Dans un cas la résistance du bras paralysé était plus grande que celle du bras sain. L'application du avait laissé sur le bras sain une forte plaque d'érythèm que du côté malade la peau ne présentait que quel tites taches violacées. Dans d'autres cas ,j'ai trouvé tance moindre du côté paralysé, il s'agissait de cas où était plus chaude au toucher. Je ne fais qu'indiquer sur lesquels des expériences plus complètes devront êt

Il me reste à vous dire en quoi ces expériences un peu arides peuvent intéresser le praticien. Tout d'abord elles démontrent de la façon la plus claire qu'il est nécessaire d'employer des galvanomètres exactement gradués en milliampères. *L'indication du nombre d'éléments ne nous apprend absolument rien.* Avec le même nombre d'éléments le courant peut être fort ou faible suivant la résistance.

Je ne vous en citerai qu'un exemple frappant : J'examinais il y a peu de jours sous les yeux d'un collègue une malade atteinte d'atrophie musculaire au début. Les muscles du thénar réagissaient des deux côtés également sous l'influence de la fermeture d'un courant de 14 éléments. Le médecin présent en conclut que l'excitabilité électrique était égale des deux côtés. Un coup d'œil sur le galvanomètre suffit à le détromper. 14 éléments donnaient à droite une intensité de 3,3 milliampères et à gauche de 0,9. La résistance était trois fois moindre du côté paralysé par suite de séances journalières d'électricité, par conséquent le courant trois fois plus fort. L'excitabilité était nettement diminuée du côté malade.

Nous pouvons conclure aussi de ces expériences que si nous voulons obtenir des courants intenses avec un nombre relativement faible d'éléments, il nous faut employer des électrodes à grande surface, afin de diminuer la résistance de la peau.

Permettez-moi en terminant de faire une excursion sur un terrain étranger à l'électrothérapie.

Vous savez qu'assez fréquemment les machines dynamo-électriques employées pour l'éclairage ont produit des accidents mortels. Vous vous souviendrez peut-être que deux soldats perdirent la vie en franchissant dans le jardin des Tuileries le fossé où passaient les fils de transmission. Ils tombèrent foudroyés. Un médecin français, M. Grancher, aidé d'un physicien, M. Gariel, firent à ce sujet quelques expériences, destinées à éclairer les causes de ce genre de mort. — Ils tuèrent des chiens avec des machines d'une force électromotrice de 800 volts. Mesurant alors la résistance du chien (malheureusement ils ne nous disent pas comment ils l'ont mesurée), ils la trouvent de 50,000 ohms. Dans ces conditions le courant aurait été de $\frac{800}{50,000} = 16$ milliampères. C'est un courant trop faible pour tuer un chien. C'est à peine s'il pourrait l'incommoder, puisque nous supportons sans inconvénient des courants trois à quatre fois plus forts.

En présence de ces chiffres justes en eux-mêm
arrivent à une conclusion qui n'en est pas une.
n'est pas l'intensité du courant qui a tué le chie
férence de potentiel.

Nous savons depuis longtemps que c'est à la fe
l'ouverture du courant, c'est-à-dire au momen
brusques de potentiel, que les effets physiologi
maximum. Mais encore faut-il que l'*intensité* soit

La différence du potentiel n'est que la cause,
le résultat.

Et pour tuer un animal il faut nécessairemen
intense.

Je me demande si les faits que je vous ai sign
raient pas servir à expliquer ces résultats contrad

Les expérimentateurs que je viens de citer ont
mesuré la R. du chien avec un petit nombre
l'auront trouvée de 50,000 ohms. Pour bien faire
mesurer le *courant qui a foudroyé l'animal*. On
trouvé une tout autre résistance et une intensité
tionnée à l'effet produit.

Si, comme je viens de vous le montrer, des
volts font baisser la résistance cutanée de 30,00
facile de comprendre qu'un courant de 800 à 1
duira des variations encore plus grandes.

Un courant d'une tension aussi énorme doit ab
ment la résistance au point touché et produire ai
sité suffisante pour foudroyer l'animal.

J'ajouterai que dans certains cas particuliers i
tenir compte de l'extra-courant de la machine dy
que. Mais c'est là un point spécial qui n'a pas trai
actuel.

A propos des traitements de la pleurésie p

(Clinique médicale de Genève),

Communication faite à la Société médicale de la Suisse romand
médicale de la Société helvétique des sciences nature

Par le prof. L. Revilliod.

Il est des sujets d'étude clinique sur lesquels i

superflu de revenir, bien qu'ils aient été déjà amplement traités et approfondis. La variété des formes, les points de vue différents, les indications diverses, ajoutons les mœurs thérapeutiques du moment, exercent toujours la sagacité du médecin à la recherche du procédé qui peut guérir avec le moins de frais et le plus simplement possible. Tantôt une bonne intervention médicale doit prendre l'offensive, agir courageusement et énergiquement; d'autres fois il faut savoir s'abstenir, attendre, ajourner, résister à la tentation de faire mieux, se borner à observer les incidents de la lutte entre le mal qui attaque et l'organisme qui résiste et à fournir à celui-ci au moment opportun les armes nécessaires à la défense.

Ces réflexions générales s'appliquent même lorsqu'il s'agit d'un traitement local, mécanique, chirurgical, comme c'est le cas pour la pleurésie purulente.

Cette affection présente en effet, malgré les apparences, des allures et une marche parfois assez variables et si elle réclame le plus souvent le secours de la chirurgie, d'autre fois elle permet une sage expectative, la tâche du médecin se bornant à suivre et à compléter au besoin l'œuvre de la nature, comme nous avons pu le faire à propos de quelques-uns des malades ici présents et dont voici les observations que nous résumons le plus brièvement possible.

Observation I. — *Pleurésie purulente, Vomique, Pyo-pneumo-thorax, Guérison spontanée.*

Le 10 avril dernier, M., jeune homme de 26 ans, garçon de café, entrait à la clinique pour un delirium tremens.

Le 15, on constate un peu de dyspnée, de la submatité et quelque ronchus à droite.

Le 19 le malade se plaint d'une barre en travers de l'épigastre, d'angoisses, de sueurs. Cependant il ne tousse ni ne crache. Nous constatons la présence d'un vaste épanchement estimé à 2500 gr.

Ce n'est que le 24 que la température dépasse la normale arrivant à 39°. Elle se maintient entre 38 et 39 jusqu'au 2 mai.

Les diurétiques et un vésicatoire, n'ayant pas eu de résultat, nous allions songer à une ponction exploratrice et au besoin évacuatrice, lorsque le 2 mai vers 3 h. après-midi (une quinzaine de jours après le début) M. est pris subitement de dyspnée intense avec angoisses, étouffements, sueurs froides, nausées, sans ressentir toutefois d'impression douloureuse. Il est obligé de s'asseoir et d'expectorer séance tenante, un demi-crachoir de pus épais, visqueux, pâteux, d'une consistance telle qu'une baguette se tenait debout au milieu.

La vomique continue représentant deux lit
main.

Le 3 mai, elle reprend à plusieurs reprises da
orthopnée, face rouge, livide, sueurs profuses
ration terminée, le malade éprouve un grand
et silencieuse. En même temps la matité de
thorax droit a fait place à un son tympaniqu
phorique a succédé au silence respiratoire, il
de drapeau à timbre métallique, à la fin de l'in
sième espace, en avant. M. Regard a aussi
succussion hippocratique.

Nous étions donc en présence d'un pyo-pne
de rassurant et rendait fort douteuse la possi
tanée par vomique.

Or dès le lendemain, la succussion n'était p
demain tout amphorisme avait disparu. Le pn
sorbé comme par enchantement.

Cependant, après une rapide amélioration, l
naire ; l'auscultation et la percussion indiquaie
en bon ordre. L'expectoration avait tari. Nous
poser que le trajet pleuro-pulmonaire s'était
dans la plèvre, n'avait pas pu retrouver son o
plus assez offensant pour en créer un nouveau.
le 2 mai, reparaît le 9. Une nouvelle vomique
occupe la bonne moitié de la hauteur. La face
couverte de sueurs.

Le 14, M. rend environ 100 gr. de pus j
odeur.

Les jours suivants, il continue à rendre un
plus ou moins abondante. Enfin le 16, après u
taillée de son thorax, nous faisons une ponct
à pleine seringue du pus bien lié. Il était cert
rasser la plèvre de ce restant de pus qu'on po
L'indication semblait même assez absolue et i

Cependant le malade continuait à expector
relativement meilleur que l'état local. M. se d
sentait en voie de guérison. Le retour de l'ap
partir du 19-20 mai venaient confirmer ces im
étions donc entre ces deux alternatives. D'u
dans la plèvre invitait à opérer. D'autre part l
la tolérance de l'organisme, l'énergie dont il
nous invitait à nous abstenir. La ponction,
s'imposait pas comme urgente. Nous pouvion
départir pour cette fois de ce précepte qui veu
du pus est constatée dans une plèvre, la parol

C'est donc à ce dernier parti, savoir l'expectative, que nous nous sommes décidés et la suite nous a donné raison; notre malade a continué à rendre des crachats qui sont devenus peu à peu muco-purulents, parfois teintés de sang, ce qui nous indiquait un bourgeonnement de bon aloi des surfaces suppurantes; enfin cette expectoration alla graduellement en diminuant. La recherche des bacilles dans quatre préparations n'a jamais donné qu'un résultat négatif. La toux et les sueurs ont à leur tour disparu. La matité de la base a persisté, mais le frémitus, d'aboli qu'il était, a reparu avec son intensité normale. Le murmure vésiculaire s'entendait jusqu'à la base sans broncho ni égophonie. Le malade a retrouvé ses forces, s'est engraissé et a demandé à partir pour la campagne. Sorti le 27 juin, sa guérison s'est maintenue comme nous pouvons le constater aujourd'hui.

A part les indications de second ordre, purement médicales, nous sommes donc restés simple spectateur de l'évolution de ce pyo-pneumothorax s'évacuant de lui-même à travers le parenchyme pulmonaire qui n'en a pas souffert autrement, qui a repris sa place, remplissant la cavité thoracique, sans exiger le moindre retrait de l'arc costal, ni la moindre intervention opératoire.

Il est vrai que ce cas est exceptionnel par la rapidité de la succession des événements (vomique 15 jours après le début d'une pleurésie purulente, résorption en 24 ou 48 heures de l'air épanché dans la plèvre) et par les conditions favorables dans lesquelles il s'est présenté. Il y a lieu en effet de distinguer, dans le mode de production du pneumothorax, les cas dans lesquels la perforation se fait de dehors en dedans, soit de la plèvre dans le poumon, laquelle tend à la cicatrisation aussitôt que le foyer pleural est tari, de celle qui procède d'une affection ulcéreuse primitive du poumon. Quoiqu'il en soit, ce cas n'en démontre pas moins la parfaite curabilité spontanée d'un pyo-pneumothorax, si bien que nous pourrions presque nous demander, en généralisant ce fait qui est loin d'être unique, si ce mode de guérison ne serait pas le meilleur, digne d'être cherché et provoqué si possible.

Voici un autre cas de pleurésie purulente que nous présentons comme exemple d'un autre mode de curabilité pour ainsi dire spontanée :

Obs. II. — *Abcès périnéphrétique, pleurésie purulente.*

Un jeune homme de 27 ans, fruitier de la Lenk, domicilié à Bernex, d'une forte musculature, porte des fromages de 75 à 80 livres. Parfois l'effort qu'il est obligé de faire, se traduit par une douleur plus ou moins

vive dans la région lombaire, ce qui ne l'a cependan continuer ses travaux pénibles. Mais depuis le mois d' leur est devenue plus intense. Quinze jours après, survi point douloureux correspondant au rein droit, ce qui l se ménager. Il put cependant faire encore un service m jours avant son entrée à l'hôpital, après avoir été secou tume sur son char, en apportant son lait en ville, il re tement dans le flanc une nouvelle douleur, qui lui co accompagnée de frissons et de fièvre. C'est dans ces c envoyé dans notre service le 8 janvier 1886.

A l'examen, nous constatons 1° un aspect fébrile rouges, lèvres sèches, facies abattu, indiquant la prése signes d'une pleurésie droite avec fort épanchement. 3° moneuse, fluctuante, de la région du rein droit.

L'etat de dyspnée douloureuse et angoissante nous i la plèvre au plus vite. Une aspiration Potain donne is pus brun foncé, trouble, sans odeur.

Le surlendemain 12 janvier, une ponction aspiratric lombaire donne 250 gr. de pus de même nature. Dans choses, nous pensions n'être qu'aux préliminaires d'un tableaux.

La première indication etait d'ouvrir largement la phrétique, ce qui fut fait le 17. Une bonne incision ve séance tenante à environ 500 gr. de pus. En introduisa plaie, on arrive dans une cavité anfractueuse, contre la ble adossé et qui conduit en haut à deux orifices arron parois dures et lisses.

Nous pensâmes que les choses avaient dû se passer de A la suite d'efforts répetes un phlegmon périnéphrétiq mer et se transformer bientôt en abcès. Celui-ci cherch issue à travers le diaphragme et la perforation se sera le trajet en char, sous l'influence des cahots du véhicul tions, nous pouvions espérer que si la présence du p n'était que le résultat de la migration du pus périnéphr ral pourrait revenir à son point de départ et se vider région lombaire.

La marche des événements confirma ces prévisions.

Nous dûmes cependant aspirer encore le 2 mars envi pleural. Mais depuis lors, ce foyer était tari et dans plusieurs aspirations répétées le 25 mars et le 11 avril dans les régions mates, l'aiguille ne pénétrait que dans un tissu dur, lardacé, formé probablement d'épaisses couches pseudo-membraneuses. Peu à peu la suppuration lombaire devint limpide, séreuse et diminua assez pour ne donner lieu qu'à une petite tache sur le pansement renouvelé tous les trois ou quatre jours. Notre malade se trouva assez bien pour recommencer ses occupations et reçut

son exeat le 3 mai. Cependant l'orifice lombaire donne toujours un peu de liquide séro-sanguinolent qui tarit et s'écoule de nouveau à des intervalles variant de 8 à 12 jours, sans toutefois empêcher notre homme de se livrer à son métier.

Nous ne pouvons donc dire que la guérison soit complète. Il est probable qu'il existe encore une petite cavité périnéphrétique, mais quant à l'épanchement pleural, on doit admettre qu'il est retourné dans la loge sous-diaphragmatique qui a été son point de dêpart, laissant les feuillets pleuraux s'adosser définitivement, ainsi que le témoignent les données de l'auscultation et de la percussion. Dans ce cas, outre les deux ponctions pleurales que nous avons dû pratiquer, on peut dire que c'est l'ouverture de l'abcès périnéphrétique qui a été le vrai traitement de cette pleurésie purulente.

L'ouverture spontanée du pyo-thorax par un espace intercostal peut aussi être suivie de guérison même lorsqu'il s'agit d'un vaste épanchement datant de plusieurs années, l'œuvre thérapeutique se bornant à aider et à compléter l'œuvre naturelle.

Permettez-moi de rappeler à ce propos l'observation de ce garçon de 9 ans (observation publiée dans le *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande,* 1880) qui portait depuis 5 ans un énorme épanchement purulent de la plèvre droite, épanchement longtemps méconnu, aboutissant à un petit trajet fistuleux entre la neuvième et dixième côte, lequel donnait issue à quelques gouttes de pus à chaque effort ou accès de toux.

Je ne reviens pas sur l'état de décrépitude dans lequel était plongé cet enfant, toujours alité, essoufflé, épuisé par cette suppuration interminable. Il n'était guère à espérer dans ces circonstances, qu'une guérison fut possible. La cachexie d'une part, d'autre part l'état de ce poumon qu'on pouvait supposer emprisonné dans une coque de fausses membranes ou nageant dans le pus depuis plusieurs années, tout devait faire supposer l'incurabilité, pour des raisons inutiles à développer. En tout cas, si un traitement était à proposer, c'était, n'est-il pas vrai? par la résection de plusieurs côtes qu'il fallait commencer, au moins par l'élargissement du trajet fistuleux ou par une autre incision dans un espace intercostal plus élevé et plus propice, le diaphragme devant singulièrement gêner toute opération au siège de la fistule.

Eh bien, comme nous l'avons dit, nous nous sommes bornés

à introduire dans le trajet l'extrémit
chouc, lequel a vidé la plèvre séan
siphon, a entretenu l'aspiration p
pleurale. Depuis lors la guérison ne
semaines après, le poumon avait r
thoracique, l'écoulement purulent
trisé.

L'enfant, en un mot, était com
régulièrement l'école et la gymnasti
éloquent pour nous engager à persé
pleurésies purulentes. Il démontrai
à peine égal à celui d'un tube de
permettre la guérison d'un empyè
condition toutefois que la cavité ple

Il ne suffit pas en effet d'évacuer
le poumon soit ramené contre les pa
passe-t-il aussitôt après l'incision c
costal ? Une certaine quantité de p
de la pression thoracique, puis l'air
ment aller remplir le vide laissé p
et rentre dans la plèvre avec un bru
ditions physiques du poumon sont
lieu de pus, il y a de l'air dans la
phérique *sur* le poumon équilibrant
résulte que cet organe, obéissant
propre, reste inerte, détendu indéfi
cique, laissant une immense cavité
nence et incompatible avec la guéris

L'indication majeure est donc de
solu, ce qui n'est ni possible, ni mêm
du moins un vide relatif qui invit
rejoindre la paroi costale et rende
son extensibilité et ses fonctions. C
à la charge avec le siphon, seul moy
savoir : soustraire la surface pulm
phérique. Rien de plus facile que d
la petite expérience suivante :

Voici un flacon à deux tubulures, l'une médiane, l'autre latérale. Dans ce flacon, je mets un ballon de caoutchouc muni d'un col dans lequel est un tube de verre, ce tube traverse à frottement juste un bouchon qui ferme la tubulure centrale.

Dans la tubulure latérale munie aussi d'un bouchon de caoutchouc percé, je place un tube de verre recourbé qui arrive, d'une part, près du fond du flacon et s'ajuste par son extrémité périphérique à un tube de caoutchouc suffisamment long.

Si je mets de l'eau dans le flacon, le ballon est énergiquement comprimé et revient sur lui-même. Si maintenant j'amorce le tube de caoutchouc, les deux bouchons en place, et que j'abaisse son extrémité libre la plongeant dans un récipient d'eau, l'eau du flacon va s'écouler, le vide va se faire dans le flacon et le ballon resté en communication avec l'air extérieur par son tube de verre va nécessairement se gonfler, à mesure que l'eau s'écoulant laisse le vide dans le flacon. Il va se gonfler jusqu'à toucher les parois du flacon ou même se rompre. Or le flacon représente la cage thoracique, le ballon représente le poumon.

Au lieu de ce dispositif expérimental, représentons-nous une poitrine, contenant et contenu, le résultat sera identique et c'est ainsi que les choses se passent après l'incision de l'espace intercostal et le placement du tube. Quelques jours après l'incision, les parois du trajet se sont moulées hermétiquement sur le tube, s'opposant à la pénétration de l'air dans la plèvre, de sorte que l'appareil est à proprement parler un baromètre, la cavité pleurale représentant la chambre barométrique, le tube-siphon gardant une quantité de liquide plus ou moins grande selon la différence de niveau, soit de hauteur qui existe entre ses deux extrémités. C'est alors que l'appareil réalise son but principal, l'aspiration permanente de la cavité pleurale, entraînant vivement hors de la plèvre tout son contenu.

Cette méthode ne diffère d'ailleurs de l'empyème classique que par la longueur du tube, qui, au lieu de rester enfermé dans les tours de bande, sort de ce pansement d'une longueur suffisante pour arriver au pied du lit ; le bout supérieur est maintenu dans la plèvre par un bandage élastique qui fait le tour du thorax et reçoit ce bout dans une boutonnière pratiquée *ad hoc ;* le bout inférieur est muni d'un poids suffisant pour rester immergé dans un bol contenant de l'eau ou une bouteille, si le malade se lève. Près de cette extrémité inférieure est placé un renflement de caoutchouc servant d'appel au besoin ; près du bout supérieur est l'ajutage en verre de quelques centimètres qui permet de juger de ce qui se passe entre la plèvre et l'extérieur, comme dans le Potain. Nous ne voyons réellement pas l'avantage qu'il y a à enfermer le drain dans le pansement, à

laisser l'air et le pus croupir dans la plèvre, ce
sairement si le drain ne joue pas le rôle d'a
puissance n'attire le poumon abandonné à lui-m
absence de siphon que nous serions tentés de c
« l'une des causes qui peuvent influer d'emb
tance des poches suppurantes de la plèvre. »

La pratique répond d'ailleurs on ne peut mi
Le malade se rend compte de cette traction
poumon, si bien qu'il faut apprécier la hau
vase inférieur doit être placé pour aspirer, san
sensation douloureuse ou pénible. On peut p
évaluer le degré de retrait ou de dilatation d
que la plèvre se remplit ou se vide en même te
monte ou descend.

Dans un cas de pneumo-pyothorax actuelle
vice, on perçoit un bruit de clapet métallique
manœuvre de manière à aspirer la cavité pleu

Enfin comme résultat définitif, permettez-
senter à l'appui du siphon cette femme gu
semaines, sans fistule et sans dépression costal
purulente, putride d'emblée.

Il est vrai que pour réussir, le siphon récla
lance assidue, une participation active de la pa
qui entourent le malade et du malade lui-mêm
mot, être convaincu de la supériorité du pr
réussir, ce qui n'est malheureusement pas touj

Ainsi voici une jeune fille de 20 ans atteinte
typhoïde grave, pendant laquelle elle contrac
purulente gauche. Incisée et siphonée, tout ma
miers temps ; mais douée d'un caractère diffic
se croyant suffisamment guérie, notre malad
cesse son tube qui lui semblait n'avoir plus
Voilà pourquoi elle porte encore aujourd'hui u
et une petite cavité d'une trentaine de cent. cu
promet d'ailleurs nullement son état général et lui permet de faire le service d'infirmière, mais n'en constitue pas moins une infirmité peut-être permanente. Que faire en pareil cas ? Puisque le poumon n'a pu gagner la paroi costale sur toute sa surface, c'est à la paroi costale à gagner le poumon et puisque le travail de retrait spontané du thorax n'a pas suffi, c'est donc à la résection des côtes qu'il faut s'adresser. En un mot ce cas

remplit les indications si bien posées par de Cérenville pour l'opération dite d'Estlander, opération que notre excellent collègue lausannois a le premier exécutée et perfectionnée.

Aussi allons-nous le prier de vouloir bien procéder à cette opération, heureux de profiter de son expérience, de lui offrir un nouveau cas à ajouter à ses nombreux succès et de lui laisser l'honneur d'avoir débarrassé notre malade de son infirmité.

Le 12 août, M. de Cérenville procéda à l'opération selon le procédé qu'il a si bien décrit dans son mémoire (*Revue médicale,* juin à août 1886). Les septième, huitième, neuvième côtes furent réséquées sur une longueur de 2 à 3 centimètres, opération rendue difficile par le rapprochement des côtes et la présence d'un pont osseux qui avait soudé la huitième et la neuvième. Nous pouvons dire que jusqu'à présent (fin septembre) tout marche à souhait et que nous croyons pouvoir bientôt annoncer une guérison complète.

Nous rendons donc justice à la costotomie, mais nous voulons espérer que les cas pour lesquels cette opération est réservée deviendront de plus en plus rares à mesure que les modes de guérison que nous avons mentionnés deviendront de plus en plus fréquents et que le siphon entrera dans nos mœurs. Nous pensons qu'il faut livrer à l'opérateur le moins possible de surface à réséquer, qu'il vaut mieux prévenir ces « désossements » comme on l'a dit, diriger la marche des surfaces, éviter leur écartement, favoriser leur adossement par un artifice qu'on pourrait appeler physiologique, qui, en définitive rend au poumon ses fonctions et qui, s'il n'a pas le brillant de la chirurgie, a du moins le mérite de la simplicité.

Les injections et la propagation de la blennorrhagie à l'urèthre postérieur,

Par le Dr H. Oltramare,

Professeur suppléant à la Faculté de Médecine de Genève.

Les progrès modernes, réalisés dans le domaine de la pathologie des affections blennorrhagiques, obligent actuellement le médecin à une précision de diagnostic de laquelle découlent des indications toute spéciales. C'est ainsi, par exemple, que le

siège du mal, soit dans la portion antérieure de l'u
en arrière du muscle de Wilson, soit simultanéme
deux régions, entraînera une pratique toute différe
tre, notre rôle prophylactique et thérapeutique, s
la blennorrhagie uréthrale chez l'homme, tendra su
tenant que nous connaissons la marche par étapes de
à tâcher d'entraver son extension des parties exter
débuté, aux parties profondes. Tout autre, en effet
nostic, en tant que durée et gravité entre la blennor
lisée aux régions naviculaires, péniennes, bulbair
affection, lorsque franchissant le sphincter de la r
braneuse, elle gagne la vessie, la prostate et les con
lateurs. Malheureusement et indépendamment de
intercurrente, la maladie a une fâcheuse tendance
ger par continuité sur la muqueuse tout entière d
mais comme cependant un certain nombre de blen
en sont quittes avec une uréthrite antérieure, ne dé
la région membraneuse, qui présente évidemment
sérieux à la marche envahissante du mal, il y a lie
cher quelles sont les causes *évitables* qui facilitent l
ment de l'uréthrite postérieure.

Il est évident que normalement, les liquides sécr
canal au-dessous du sphincter membraneux ont un
soit par le fait de la position, soit par suite des cont
couches musculaires, à s'écouler par le méat, ce qui
lente progression du mal et ses localisations succes
si pour une raison quelconque, l'écoulement du
être entravé, ou mieux encore, si celui-ci est refo
quement, nous verrons subitement éclater les sym
fection profonde. C'est pourquoi il convient de place
rang des causes de la cystite les injections uréthral

Les auteurs anciens n'avaient pas manqué d'acc
jections de provoquer la cystite et surtout l'orchite
a cinquante ans, démontra qu'une injection d'eau
leur véhicule pour refouler le pus dans des régio
et les inoculer, et depuis longtemps, le prof. Guyo
les dangers de l'injection. Son élève, le Dr Leprévo
travail relativement récent [1] écrit : « De toutes les

[1] Études sur les cystites blennorrhagiques, Paris, 1884.

cystite, l'injection forcée est la plus puissante, et nous n'hésitons pas à mettre au compte de la généralisation de ce procédé la fréquence croissante des cystites blennorragiques. » Mon excellent ami, le Dr Jullien, dans son traité des maladies vénériennes (1886) accuse surtout comme cause de cystite les injections mal faites. Cette dernière cause, dit-il, est de beaucoup la plus fréquente. Un liquide pénétrant avec force dans le canal serré du bout, force la région membraneuse, pousse la sécrétion morbide jusque sur la muqueuse saine de l'urèthre postérieur et contagionne presque infailliblement le col.

Nous nous rangeons pleinement à cet avis et c'est parce que nous voyons journellement les inconvénients des injections poussées à tort et à travers que nous publions ce travail, dont le but est de prouver que l'injection uréthrale, faite dans certaines conditions déterminées, devient dans la grande majorité des cas, la cause de l'extension de la blennorrhagie aux parties profondes.

Le fréquence de l'uréthrite pré-vésicale très diversement appréciée par les auteurs, serait excessive d'après Jullien, puisqu'il considère qu'il y a bien peu de blennorhagiens qui n'en aient ressenti les atteintes. M. Aubert de Lyon admet l'uréthrite postérieure dans les quatre cinquièmes des cas, et ses deux élèves, MM. les Drs Bertrand et Éraud partagent cette opinion. MM. Guyon et Jamin sont loin d'accepter une pareille fréquence, et pour notre part, nous n'avons guère vu l'uréthrite postérieure que dans la moitié des cas ; encore celle-ci peut-elle être attribuée en grande partie à l'intervention thérapeutique.

Dans les premiers jours, en effet, on peut affirmer qu'il est exceptionnel de voir la blennorrhagie atteindre et dépasser la région membraneuse ; confinée dans les portions naviculaires et péniennes, ce n'est que lentement qu'elle remonte, à moins qu'une injection intempestive ne refoule le pus doué à cette époque d'un pouvoir virulent maximum. A partir de la fin de la seconde semaine, et pendant un temps indéterminé, la blennorrhagie qui a atteint la région bulbaire, franchit fréquemment le sphincter, mais c'est en général au moment où le malade commence les injections ou plus tard, lorsque se croyant guéri, il cesse son traitement, voit reparaître l'écoulement, et reprend les injections suspendues. Un relevé de 120 cas de blennorrhagies uréthrales chez l'homme, m'a donné 65 cas d'uréthrite postérieure, soit plus de la moitié des blennorrhagies

ayant franchi le sphincter membraneux, chiffre nement trop faible, parce qu'un certain nomb ont pu voir survenir des complications profonde les avais perdus de vue. Ces 65 cas se décompose à l'époque de la propagation :

1er septénaire .....
2me septénaire .....
3me septénaire .....
4me septénaire .....
2me mois .....
3me mois et suivants .....

Au premier abord, cette statistique semble co nous disions précédemment, que l'uréthro-cystit les quinze premiers jours, puisque nous en tr mais justement, le point sur lequel nous désiro tention, c'est que sur ces 13 malades, 12, soit chef, soit sur prescription médicale, ont pris tandis que nous n'avons observé qu'un cas chez u ayant pas pris. Dans le troisième septénaire, no cas d'uréthro-cystite sur lesquels 3 prennent de 5 des injections, 2 de grands lavages uréthraux Dans le quatrième septénaire, sur 16 cas, 3 ma des balsamiques, 3 ne font rien, 10 prennent des fin, dans le courant du second mois, sur 22 cas, suspendu leurs injections pendant un temps plus puis les ont recommencées, en voyant reparaître A partir du commencement du troisième mois, n que quatre cas de propagation, et encore est-i nous avions affaire à des recrudescences d'une rieure ancienne, plutôt qu'à une infection récen

Si maintenant nous réunissons tous nos cas d' soit 65, nous trouvons, chiffre éloquent, que 4 naient des injections au moment de l'extension et sur ce nombre, plusieurs s'injectaient des l rents, tels que : eau chaude, décoction de mauves ou de graine de lin, huile, eau blanche, et ils le faisaient pour la plupart, sans précautions et à plein canal. Aussi n'hésitons-nous pas à incriminer l'injection comme la cause la plus fréquente, comme la cause essentielle de l'uréthrite pré-vésicale, celle-ci refoulant mécaniquement le pus au delà de la barrière du muscle de Wil-

son, mais des conditions accessoires viennent modifier les chances de contamination des parties profondes, conditions qui peuvent se ramener aux deux chefs suivants : virulence du pus et nature du liquide injecté.

1° La virulence du pus étant à son maximum au début de la blennorrhagie et étant notablement atténuée par le temps et les traitements, c'est lorsque le pus sera sécrété en abondance, aura une teinte verdâtre, et des propriétés érosives, que les craintes de contamination de l'urèthre postérieur par une injection forcée doivent être le plus considérables. De là le danger des injections hâtives dans les quinze ou vingt premiers jours, ou de leur reprise, alors que par la suspension momentanée du traitement, le pus est redevenu abondant et a repris une virulence plus ou moins considérable.

2° Le danger d'inoculation de la région postérieure de l'urèthre sera d'autant plus grand que les propriétés antiseptiques du liquide employé seront moindres, ce danger était à son maximum, ainsi que l'a démontré mon collègue d'internat, le Dr Jules Éraud, lorsqu'on emploie des infusions végétales ou des liquides inertes. Il dépendra en outre de la quantité du liquide injecté, de sa force de pénétration ainsi que de la quantité de pus accumulé dans l'urèthre.

C'est pourquoi nous formulerons les préceptes suivants, qui étaient en partie ceux de l'ancienne école, et qui nous semblent d'autant plus importants à bien mettre en lumière, qu'à l'heure actuelle, la tendance d'un grand nombre de médecins est de chercher, sous l'influence des idées parasitaires, et du désir bien naturel d'abréger le plus possible le cours de cette affection, à juguler la blennorrhagie dès le début par des injections :

a. Les injections indifférentes, dites émollientes, calmantes, etc., doivent être absolument proscrites pendant tout le cours de la blennorrhagie.

b. Dans la période aiguë, et abstraction faite des traitements abortifs limités à quelques centimètres de canal, l'injection, bien loin de rendre des services, a pour effet presque constant de permettre au pus de franchir la barrière de Wilson.

c. Toutes les fois qu'une blennorrhagie plus ou moins guérie aura repris des caractères de virulence marqués, c'est par les balsamiques et le régime qu'il faudra recommencer l'attaque.

d. Avant toute injection, le malade aura soin d'exprimer le pus contenu dans l'urèthre, et d'uriner, de façon à déterger le plus possible le canal.

e. L'injection sera poussée lentement, et la quantité ne dépassera pas celle qui peut être contenue dans un urèthre modérément distendu.

En mettant ces préceptes en pratique, nous sommes persuadés que les blennorrhagiens verront diminuer bien au-dessous de 50 pour 100 les complications d'uréthro-cystite, de prostatite et d'orchite, qui sont en somme ce qu'il faut surtout éviter. Ils seront amplement dédommagés, de par ce fait, du temps qu'ils auront consacré à laisser couler leur blennorrhagie. Le jour où il existera un traitement vraiment abortif, ayant des chances sérieuses de succès, je raisonnerai tout différemment, mais jusque-là, mieux vaut s'en tenir à la pratique de nos classiques devanciers, qui connaissaient, pour l'avoir souvent observé, le danger des injections hâtives et intempestives.

RECUEIL DE FAITS

Ostéomalacie, rupture de l'utérus, laparotomie.

Par le Dr Ant. Favre.

Le 29 juin dernier, je suis appelé à 4 heures du matin à Chevrilles (2 lieues de Fribourg) pour accoucher une femme en travail depuis la veille et n'ayant aucune sage-femme auprès d'elle. J'arrive dans une misérable hutte dans laquelle je puis à peine me tenir debout sans heurter le plafond. La parturiente, femme M. âgée de 33 ans, souffre déjà depuis 13 heures. C'est une personne très amaigrie, de petite taille, ayant eu trois enfants. L'aîné a 11 ans, le dernier a 5 ans, les trois accouchements se sont passés normalement. Depuis le dernier, elle a souffert de douleurs rhumatoïdes qui l'ont retenue au lit pendant deux ans. Pendant cette maladie, sa colonne vertébrale s'est déformée, de sorte qu'elle présente maintenant une scoliose très prononcée de la région dorsale. Dernières règles vers le 15 septembre 1885.

Pouls 80, régulier, assez plein. Abdomen en besace, très sensible à la pression. On n'entend pas les bruits du cœur du fœtus. La mère a cessé de sentir les mouvements depuis environ une heure. Au-dessus du pubis se trouve une tumeur de forme globuleuse, de la grosseur d'une tête d'enfant que, vu sa consistance et sa forme, je suppose être la vessie remplie.

En voulant introduire l'index pour toucher, je suis frappé de l'étroitesse de l'orifice vaginal qui est rétréci par les branches de l'arcade pubienne rapprochées au point qu'elles permettent à peine l'introduction du doigt qui est très douloureuse. Je trouve la tête du fœtus engagée dans l'excavation, la poche est rompue, je ne puis arriver sur les bords du col utérin. En retirant le doigt, il s'écoule un peu de sang. Le bassin est rétréci également dans les autres diamètres. Diamètre des épines iliaques = 22 ctm. ; dist. des trochanters = 25 ctm.

Vu le rétrécissement si prononcé il ne peut être question d'application de forceps, ni de perforation et céphalotripsie. Il n'y a que l'opération césarienne qui soit possible dans ce cas. J'envoie chercher pour cela un de mes collègues. M. le Dr Cuony veut bien venir m'assister.

Narcose chloroformique. Désinfection du champ opératoire. Le cathétérisme, à notre grande surprise, n'évacue qu'une très petite quantité d'urine colorée en rouge. Incision depuis l'ombilic jusqu'à trois travers de doigts au-dessus du pubis. Immédiatement au-dessous du péritoine, on voit le dos du fœtus encore recouvert des membranes. Après l'incision du péritoine, il s'écoule environ 500 cm. cubes de sang en partie coagulé, en partie liquide. Le fœtus sort très facilement avec les membranes et le placenta flottant dans la cavité abdominale. Nous découvrons alors que la tumeur globuleuse, que nous avions prise tout d'abord pour la vessie pleine, n'est autre chose que l'utérus vide et contracté. Nous cherchons vainement l'endroit de la rupture utérine. Mais nous n'osons prolonger cette recherche bien longtemps. Le pouls baissant sensiblement, et les intestins faisant hernie à travers la plaie, je m'empresse de la fermer par une suture en surjet. Pas de drain. Pansement phéniqué. L'opération n'a pas duré plus de $^3/_4$ d'heure. L'enfant bien conformé paraît être à terme, il ne présente plus aucun signe de vie.

Les suites de l'opération furent très simples. La température n'atteignit qu'une seule fois 38°,5 le troisième jour. Depuis lors elle resta toujours au-dessous de 38°. Localement il n'y eut pas le moindre symptôme inflammatoire. La plaie se réunit par première intention sur sa plus grande étendue. Dès le 15me jour la malade se levait [1].

Cette observation me paraît présenter quelque intérêt : 1° à cause de la rareté de l'ostéomalacie dans notre pays. Dans notre cas nous ne trouvons que l'étiologie commune de l'ostéomalacie : misère et grossesses ; 2° à cause de l'absence de symptômes aigus qui aient pu nous faire songer à la rupture

[1] Elle est venue me voir le 18 septembre, craignant le développement d'une hernie sous la cicatrice de la plaie opératoire. Je lui rappelai la recommandation déjà faite précédemment de porter un bandage.

de l'utérus. Schroeder dit bien que
rupture de l'utérus ne produit que tr
apparents, mais que même dans ces ca
fréquent et petit. Or à mon arrivée le
rapide. Ce n'est que plus tard qu'il a p
par Schroeder ; 3° l'issue heureuse d'ur
dans des conditions très défavorables
digne d'être signalée.

Un cas de catalepsie idi

Communication faite à la Société médicale de

Par le Dr C. Picot.

G., âgé de 23 ans, Bernois, entre le 1
firmerie du Prieuré, en état de catalepsi

Pas d'antécédents de catalepsie dans
membre, à sa connaissance, n'a souffer
lui-même paraît intelligent et présente t
la vigueur et d'une bonne santé ; la se
souvienne est une fièvre typhoïde dont il
cette maladie le retint environ deux mo
Berne, et paraît avoir été très intens
aurait atteint 42°,2. Il se rétablit com
mencement de 1882, il entra comme dom
chez lequel il resta environ dix-huit mo
très pénible, son maître ayant besoin jo
pendant plus d'une année son sommeil
blé ; ce fut là qu'il eut une première at
août 1883 ; il s'endormit un jour en offr
resta immobile dans la position où il se

Il n'eut pas de nouvelle attaque jus
époque où il entra en service à Genève. I
vint le 17 décembre ; elle dura plusieurs
le lendemain ; G. fut alors amené au Pri

Je le vois le même jour et constate to
que cataleptique type. G. est plongé da
dont rien ne peut le tirer, pas même les
d'induction ; lorsqu'on soulève un bras
membre conserve exactement l'attitude
placé, et ce n'est que très lentement qu
teur le fait retomber sur le lit ; la face
présente le même aspect que dans un so
contracture des membres qui ont conser
et prennent indifféremment toutes les at
donner ; la respiration est normale, les

réguliers. Cet état se prolonge pendant plusieurs heures, mais, à ma visite du lendemain matin, 19 décembre, il était entièrement dissipé. G. paraît être dans un état de santé parfait et me donne très nettement sur ses antécédents les renseignements consignés plus haut.

Les crises se reproduisent à intervalles irréguliers les jours suivants; leur durée est généralement de quatre à cinq heures; elles surviennent dans toutes les attitudes; c'est ainsi qu'un jour G. est pris de catalepsie pendant qu'il se déshabillait pour prendre une douche que je lui avais prescrite; il se trouvait assis dans ce moment et conserva exactement pendant le sommeil la position dans laquelle il s'était subitement endormi.

Le 28 décembre, quelques jours s'étant écoulés sans crise, G. quitta le Prieuré, mais il dut y rentrer dès le 3 janvier 1884, à la suite d'une nouvelle attaque de catalepsie bientôt suivie de plusieurs autres. Ces attaques, que le malade pressent, sont parfois précédées d'un peu de tremblement; le 16, la directrice du Prieuré me rapporte avoir observé quelques mouvements convulsifs.

Le 17, le 18 et le 19, pas d'attaques, mais le 20, nouvelle attaque précédée de tremblement, et qui dure de 5 à 10 heures du matin; le thermomètre placé dans l'aisselle pendant l'état cataleptique est à 37°,4 (il n'a jamais à aucune époque de la maladie accusé une température fébrile).

Le 23, le malade pensant que sa maladie est peut-être causée par la présence d'un ver solitaire, je prescris 8 grammes d'huile éthérée de fougère mâle qui n'amènent aucun résultat.

Le 25, nouvelle attaque qui dure de 9 h. 20 à 11 heures du matin. Sur le conseil du Dr Prevost qui voit le malade en consultation avec moi, je recours à la quinine que G. prend à la dose d'un gramme par jour les 26, 27 et 28; il ne présente pas de crise ces jours-là, et la médication quinique est suspendue le 29.

Dans la nuit du 30 au 31 janvier, nouvelle crise; je trouve le matin G. profondément endormi et prescris de nouveau un gramme de quinine par jour, le 31 janvier, les 1, 2 et 3 février, puis la dose est abaissée à 0,50 pour les 4 et 5 février, et à 0,25 pour le 6 et le 7.

Pendant toute cette période aucune crise; mais une nouvelle attaque survient le 8 et je reviens à la quinine à la dose d'un gramme par jour jusqu'au 11; les crises sont de nouveau suspendues, mais G. accuse une céphalalgie vive et persistante qui se manifeste encore après le 11, malgré la cessation de la médication quinique, et résiste à l'administration du bromure de potassium, de l'extrait thébaïque et d'un purgatif.

Une crise assez courte a lieu dans la nuit du 15 au 16 février, une autre dans la matinée du 21. La céphalalgie persiste toujours; elle est moins marquée le 22; à ce moment G. accuse un point douloureux au niveau du cartilage thyroïde, douleur qui s'exagère un peu à la pression.

En présence de l'insuccès des diverses
ques, je cesse tout traitement ; la céphal
cou vont diminuant, les crises ne se repr
21 février, et le malade quitte le Prieuré
en bonne santé; je le revois au commenc
dit s'être toujours bien porté depuis qu'il
rie ; il quitta Genève peu après et je ne l'
su qu'il avait eu depuis au moins une cri

Cette observation m'a paru intéressant
de la rareté des crises de catalepsie frai
effet, aucun symptôme étranger à la cat
chez notre malade; il n'a jamais présent
ques et en particulier aucun des phéno
somnambulisme qui ont été observés dan
La santé du malade, à part la céphalalg
faite en dehors des crises.

Quant à la cause de l'affection, la se
invoquer, c'est la persistance des insom
éprouvées par G. pendant les quatorze m
première attaque de catalepsie; peut-êt
renseignements donnés par une personne
a-t-il joué un rôle dans l'étiologie de la m

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ FRIBOURGEOISE DI

Séance du 26 juillet 1886 à

Présidence de M. le Dr Cuony, p

Quinze membres se trouvent au rendez-vous
ville de Bulle. Contrairement aux habitudes de
par le banquet servi par M. Weber de l'hôtel de
n'est plus à faire. Il est décidé à l'unanimité qu
réunion aura lieu à Riaz, ce qui nous procurer
nouvel hospice du district, récemment établi da

Compte rendu des maladies ré

MM. Favre, Buman, Schaller, Castella,
Weck signalent une épidémie assez forte de rougeole dans la ville de Fri-
bourg et ses environs : il y a eu très peu de décès. MM. Favr
Cuony et Pierre Gremaud signalent quelques cas de diphtérie a

M. Favre un cas de maladie de Werhoff. M. Torche à Estavayer a traité quelques cas de néphrites, endocardites et rhumatismes articulaires aigus et un cas de fièvre puerpérale. M. Strock à Morat signale une épidémie de coqueluche dans la ville de Morat et ses environs. M. Weissembach à Romont a rencontré pendant ce trimestre bon nombre de cas de pneumonie et de pleuro-pneumonie entre autres 4 cas dans une famille de 5 enfants. Il a observé aussi quelques cas de diphtérie à Romont et Siviriez, Villaz, Chinens et Antigny, quelques cas de coqueluche, de rougeole et un grand nombre de rhumatismes articulaires aigus.

Communications particulières.

M. Neiss de Payerne fait le récit en quelques mots de deux cas de *transfusion* pour anémie chronique très prononcée, chez une jeune femme de 28 ans et chez une femme âgée de 65 ans. Il fit usage pour cela d'un tube à vaccin ordinaire qui servit de tube de communication entre la veine de la malade et de la personne qui donnait son sang. Les deux malades guérirent.

M. Favre lit le compte rendu d'une *opération césarienne* chez une ostéomalacique (voir p. 626).

La séance est levée et nous visitons dans tous ses détails le nouvel hospice du district de la Gruyère, établi dans une vaste maison de campagne dans un des plus beaux sites de la contrée.

M. le Dr *Repond*, médecin directeur de l'hospice des aliénés de Marsens nous invite à visiter cet établissement situé à quelques minutes. Nous nous rendons à son invitation et, pour terminer, resserrons les liens de la confraternité en goûtant des meilleurs vins de l'établissement généreusement offerts par M. l'Économe.

La prochaine réunion aura lieu à Estavayer.

Le Secrétaire : Dr Weck.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1886.

Présidence de M. Morax, président.

M. Morax fait au nom du Comité une proposition tendant à ce que la Société demande aux compagnies d'assurance sur la vie de hausser les honoraires des médecins pour les déclarations qui sont à la base des assurances.

M. Rapin appuie cette proposition ainsi que M. Joel qui propose qu'on charge le comité de faire le nécessaire. Adopté.

M. Dufour présente un petit atlas publié par M. le prof. Haab de Zurich. Plusieurs planches représentent l'image offerte par le fond de

l'œil dans diverses maladies. Les autres sont d médecin peut en quelques coups de crayon repr lier.

M. Dufour parle ensuite de l'*influence de l' des yeux*. Cette influence est favorable à la gué ténulaires chroniques. L'érésipèle nasal amène r fois une conjonctivite infectieuse par propagatic mal. Ces cas se compliquent fréquemment d'un reuse qui aboutit facilement à la perforation. L' serpigineux, il a la forme d'un croissant et cercle fermé à la périphérie de la cornée. La pe en 24 h., elle est souvent multiple; les ulcères par l'accumulation de la sécrétion conjonctivale L'iodoforme est l'agent thérapeutique le plus eff jusqu'à ce jour contre cette terrible maladie.

M. Dind parle de l'influence heureuse de l'ér carcinome en cuirasse.

M. Dufour rappelle l'effet favorable de l'ér chancre phagédénique (cas de Ricord).

M. Roux raconte que le vieux M. Demme che sipèle aux pyémiques.

M. Morax demande si on peut établir une d dangereux et l'érésipèle favorable.

M. Dufour croit que cela dépend surtout de

M. Cuénod lit une note sur un cas d'*intussusc enfant*. Le malade a été guéri par l'insufflation raîtra dans la *Revue*).

M. Roux présente quelques observations re l'obstruction intestinale, il regrette que l'intusu statée par le toucher et qu'on n'ait pas essayé u

M. Cuénod dit qu'un purgatif était contre-ind lier vu le danger de péritonite.

M. de Cérenville estime que le diagnostic i bien qu'il ne puisse pas être établi d'une façon

M. de la Harpe rappelle un cas d'intussuscep comme celui-ci par la soudaineté du début et l sufflation anale pratiquée par MM. de la Harpe pression de tous les symptômes et un prompt r été publié dans la Revue médicale il y a 3 ans.

M. Roux présente un enfant porteur d'une t sur la grande fontanelle et paraissant être une m tenu par une ponction exploratrice a été examir qui lui a reconnu les caractères chimiques du liq

Le Secrétaire

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 2 juin 1886.

Présidence de M. le Dr D'Espine.

La Société a reçu de M. le Dr Girard un exemplaire de son travail : *sur l'action de la strychnine sur les centres nerveux*, publié dans les *Archiv. f. d. gesam. Physic.*

M. Picot lit une observation de *catalepsie* (voir p. 628).

M. Ladame demande si l'on peut soupçonner l'existence de l'épilepsie chez le malade de M. Picot, car cette affection simule quelquefois la catalepsie, et la catalepsie idiopathique est excessivement rare.

M. Picot n'a rien trouvé qui puisse faire admettre l'existence de l'épilepsie chez son malade.

M. Lombard *senior* n'a vu dans le cours de sa carrière médicale qu'un seul cas de catalepsie, il s'agissait d'une jeune fille hystérique.

M. Ladame a vu plusieurs cas de catalepsie, mais toujours chez des hystériques, des épileptiques, ou bien dans le cours d'affections mentales.

M. Lombard *senior* lit un travail intitulé : *Pléthore et anémie.*

M. Picot est assez disposé à admettre que la mode est pour beaucoup, dans la différence qu'il y a entre les traitements actuellement employés en médecine et ceux préconisés par Broussais.

M. Revilliod pense que si du temps de Broussais on a exagéré dans un sens, actuellement c'est dans le sens opposé que l'exagération porte ; quant à lui il emploie volontiers la saignée dans certains cas, et même la saignée répétée, chez certains pneumoniques, ainsi que dans quelques cas d'hydropisie.

M. Mayor croit que la mode de la saignée était certainement poussée trop loin ; on peut facilement s'en convaincre en lisant les observations de Broussais, de Bouilland, où l'on voit pour ainsi dire, les malades mourir en grand nombre sous l'action de la saignée. Il serait aussi disposé à admettre que la constitution générale s'est légèrement modifiée, et que pour différentes causes, l'anémie est devenue prédominante.

M. D'Espine croit aussi que la constitution actuelle n'est plus identique à celle de l'époque de Broussais ; mais pourtant il ne repousse point la saignée, et l'emploie très volontiers par exemple chez les pneumoniques qui présentent de la pléthore avec dilatation du cœur.

M. Julliard présente un garçon de 16 ans, auquel il a fait la *résection du gros intestin* pour détruire un anus contre nature ; ce jeune homme avait été pris en juillet 1885 d'accidents d'occlusion intestinale, qui nécessitèrent l'établissement d'un anus artificiel sur le gros intestin et dans la région iliaque droite ; l'opération fut faite à Thonon ; le bout inférieur de l'intestin resta perméable, et on fit une première tentative de suture de l'anus contre nature qui ne réussit pas. Ce malade envoyé à M. Julliard

fut opéré par lui le 14 mai 1886, il lui fit la rése
petite partie des bouts inférieurs et supérieurs de
suture ; la guérison eut lieu sans aucun accident
lieu le 22 mai.

Le Secrétaire

BIBLIOGRAPHI

Dr Adolph Lutz. Ueber Ankylostoma duodenal
Samml. klin. Vortræge, no 253, 2

L'auteur, un de nos compatriotes, qui a exercé
plusieurs années au Brésil (Limeira, province d
observé dans ce pays un grand nombre de malad
mes, nous donne le résultat de ses observations p
excellent résumé de nos connaissances actuelles s

Le chapitre le plus original est celui qui traite
tômes, du traitement et de la prophylaxie de ce
parasitaire. Presque tous les malades observés é
campagne ou des enfants. L'infection se produit
propre, renfermant des larves d'ankylostome o
mains souillées de boue, surtout chez les enfants
sol et portent souvent les doigts à la bouche. L'ex
puissamment favorisée par l'absence de latrines,
picales venant périodiquement entraîner les œuf
tenus dans les excréments et les disperser au loin.

Parmi les symptômes nouveaux indiqués par
l'observation chez quelques sujets de foyers cir
L'auteur donne également plusieurs détails int
troubles du système vasculaire et des symptômes
pagnent.

Le cours de l'ankylostomasie peut être plus ou
que, suivant l'intensité et la durée de l'infection e
rellement en trois phases : 1° celle des symptôm
2° celle de l'anémie simple et 3° celle de l'hydrop
ralisé.

La dégénérescence du muscle cardiaque, l'insu
termittence et l'irrégularité du pouls, cet ensembl
sous le nom de *cachexie cardiaque*, s'observent
chronique des pays chauds, tels que l'Égypte, l'In
dis qu'on n'a guère eu l'occasion de les étudier au
tion revêtait le plus souvent la forme aiguë.

Pour ce qui est du pronostic, M. Lutz mentionne des améliorations et même des guérisons spontanées, en dehors de toute intervention thérapeutique. L'ankylostomasie est rarement mortelle, s'il ne survient pas de complications intercurrentes. Par contre, on observe souvent un dépérissement chronique et cette cachexie secondaire peut atteindre un degré si grave, que l'organisme n'est plus en état de se relever, même après la disparition complète des helminthes. Se basant sur des cas de ce genre, où l'autopsie n'avait pas révélé d'ankylostomes, certains auteurs ont entièrement méconnu l'importance de ce dangereux parasite et prétendu à tort que la cause du mal doit être cherchée ailleurs.

Comme agents thérapeutiques, il faut nommer en première ligne les antihelminthiques et spécialement l'extrait de fougère et le thymol. Ce dernier médicament, administré suivant une méthode spéciale, a donné des résultats particulièrement favorables. Quant au traitement de la cachexie secondaire, M. Lutz n'a obtenu que peu de bénéfice de la médication ferrugineuse, tandis qu'il considère la digitale comme un agent de première importance pour relever l'action du cœur et insiste sur les effets surprenants obtenus par son moyen.

A la fin du mémoire se trouve un index bibliographique, un schéma destiné à faciliter l'observation clinique et une planche représentant l'animal adulte, ainsi que la larve et les œufs à divers états de développement.

BUGNION.

H. MENCHE. Ueber Ankylostomum duodenale. *Berl. klin. Woch.*, 21. J. 1884, nº 23, p. 364. — A. duodenale bei der Ziegelbrenner-Anämie in Deutschland. *Zeits. f. klin. Med.*, 1884, VI, 2. — MASIUS et FRANCOTTE, Sur l'ankylostomo-anémie. *Bull. acad. r. de Belgique*, 3me s. XIV, 1. — LEICHTENSTERN, Weitere Beiträge zur Ankylostomsfrage. *Deutsche med. Wochenschrift*, nos 11, 12, 13, 14, 1886.

Il ressort de ces divers travaux que l'ankylostome est très répandu chez les ouvriers tuiliers ou briquetiers des environs de Cologne et qu'il produit chez eux des symptômes analogues (anémie, bouffissure, œdème, etc.), à ceux qui ont été observés au St-Gothard. N'avons-nous pas là la preuve que l'ankylostome était bien la cause essentielle de l'épidémie qui a sévi parmi les ouvriers du tunnel, ainsi que je l'ai déjà soutenu à cette époque ? Les briquetiers travaillant au grand air et en plein soleil, il n'est plus possible d'invoquer ici l'absence de lumière et la viciation de l'air. Une autre preuve de l'importance de l'ankylostome est l'effet souvent surprenant des antihelminthiques, l'anémie disparaissant comme par enchantement (sauf les cas trop invétérés) après que les parasites ont été expulsés. J'en ai fait l'expérience en traitant un ingénieur qui s'était infecté au St-Gothard et M. Leichtenstern l'a répétée avec le même succès, chez les faiseurs de briques qu'il a eu l'occasion d'observer. Il est dès lors inconcevable que plusieurs médecins distingués persistent à nier le

rôle de l'ankylostome dans la production de l'
sait en effet que ce parasite a été retrouvé dès l
de mines en France, Belgique, Allemagne, Hon
ment à St-Étienne, Anzin, Aix-la-Chapelle et S

Outre les mineurs, les tuiliers ou briquetie
ment disposés à l'ankylostomasie, par le fait qu
vent sur des terrains plats et humides, où les e
et où les ankylostomes trouvent des circon
développement. C'est surtout au moyen des ma
l'infection chez les ouvriers qui manient d
embryons.

La présence de l'ankylostome a été constatée
des environs de Turin par les Drs Grassi, Grazi
Deux ans plus tard, le prof. Perroncito a publ
sur cette question. (L'anemia dei contadini, for
1881). L'anémie des tuiliers était d'ailleurs con
temps avant la découverte de l'ankylostome et
ques auteurs aux émanations des fours.

M. Leichtenstern s'est donné la peine de c
évacués par 26 malades observés à Cologne et
exemplaires, dont 1811 mâles et 4323 femelle
10 mâles pour 22 femelles.

La plupart de ces ouvriers sont des Flama
retournent ensuite dans leur province et doiven
à l'extension du parasite.

MM. Masius et Francotte signalent des cas d
une houillère des environs de Liège, où l'on
infesté, venu des tuileries de Cologne.

Un fait intéressant annoncé par M. Leichtens
parasite connue de tout le monde aujourd'hui,
une forme libre semblable à une *Rhabditis* ou *A*
obtenu plusieurs générations successives de ce
matières fecales renfermant des œufs d'ankylost
autre ver nématoïde. Mais est-il bien prouvé qu
soit venu se glisser dans les cultures et en fau
avoir encore quelques doutes à ce sujet.

Citons encore comme particulièrement ins
M. Leichtenstern s'est livré, pour rechercher l
par un malade porteur d'ankylostomes, calcul
réjouissant de 4,216,930 œufs dans une seule sel
mes. La suite a montré que ce malade avait 5
dans son intestin. Heureusement qu'il faut des
tionnelles pour que ces animaux trouvent le che

Dr A. Lutz. Ueber eine Rhabdonemaart des Schweines, sowie über den Befund der Rhabdonema strongyloides (Anguillula intestinalis et stercoralis) beim Menschen in Brasilien. *Centralblatt für klin. Med.*, 1885, nº 23.

L'anguillule stercorale doit être fort commune au Brésil, puisque sur 100 expertises de matières fécales, l'auteur ne la rencontra pas moins de 35 fois. Toutefois, M. Lutz n'a pas observé de symptômes analogues à ceux de la *diarrhée de Cochinchine* et n'admet pas par conséquent que ce parasite soit la vraie cause de cette affection.

On sait aujourd'hui que l'A. stercorale est la forme libre de l'A. intestinale (également trouvée en Cochinchine par Normand et Bavay) ; les deux espèces doivent donc être réunies en une seule qui est désignée par Leuckart sour le nom de *Rhabdonema strongyloides*. (Voyez à ce sujet : Grassi, Anchilostomi e Anguillule, *Gazzetta degli Ospitali*, 1882, nº 41, p. 325. — Leuckart. Ueber die Lebensgeschichte der sog. Anguillula stercoralis und deren Beziehung zu der sog. A. intestinalis. *K. sæchs. Ges. der Wiss.*, 1882. — Golgi et Monti. Note sur une question helmintologique. *Archiv. ital. de biol.*, t. 5, 1884, p. 395.)

Outre le *R. strongyloides*, M. Lutz a découvert au Brésil une espèce analogue qui se trouve chez le porc et qui offre également le singulier phénomène de la dimorphobiose ou des générations alternantes. Le *Rhabdonema* du porc se distingue de celui de l'homme par une taille double et surtout par le fait que les embryons de la génération parasite et ovipare sont encore enfermés dans l'œuf au moment où ils sont évacués de l'intestin de leur hôte. Bugnion.

—

Dr A. Lutz. Ueber in Brasilien beobachtete Darmparasiten. *Deutsche Zeits. für Thiermed.* Dec. 1885.

L'auteur a trouvé les espèces suivantes au Brésil :

Chez l'homme : *Cysticercus cellulosæ. Tænia solium. T. mediocanellata. T. saginata. Ankylostomum duodenale. Rhabdonema strongyloides. Ascaris lumbricoides. Trichocephalus dispar ;* ce dernier dans 25 % environ des cas examinés.

Chez le porc : *Cysticercus cellulosæ,* très fréquent ensuite de l'absence de latrines ou de l'installation des latrines au-dessus des étables et des occasions multiples qu'ont les porcs de manger des excréments humains renfermant des œufs de Ténia. *Cysticerque du Tænia Echinococcus. Ascaris suillæ* Duj., probablement synonyme de l'*A. lumbricoides. Trichocephalus spec.*, probablement semblable à celui de l'homme. *Echinorhynchus, gigas,* deux exemplaires. *Stephanurus dentatus* ou *Sclerostomum pinguicola*, particulièrement répandu et très nuisible, donnant lieu à la formation de

canaux remplis de pus dans la capsule adipeu
lui-même.

La trichine par contre n'a pas encore été ob

Chez le chien et le chat : *Ascaris mystax. P*
la muqueuse de l'estomac chez le chat.

Chez le cheval : *Oxyuris curvula.*

—

A. Eternod. Guide technique du laboratoire
ments d'histologie générale, accompagné
Georg, 1896.

L'auteur se propose de résumer dans un ma
pique, surtout en vue de l'étudiant. La place de
dans une bibliothèque, mais sur la table de r

La *première partie* est consacrée à la techn
teur y fait l'étude des microscopes usuels et d
nécessaires aux études histologiques. Il décrit
mules des liquides employés pour les durciss
tions et d'utiles indications relatives aux di
microscopique et à la confection des prépara
teur s'attache à faire des descriptions succincte
ches intercalées dans le texte donnent de la cl

Dans la *seconde partie* M. Eternod étudie la
fications, *morphologiques, bio-chimiques, physic*
en action, se développant, se modifiant, se r
résume en un mot ce que l'on sait sur la vie
entraîner à des considérations sortant du dom
en laissant ainsi de côté toutes les hypothèses.

La *troisième partie* est consacrée à l'étude e
des tissus. Passant successivement en revue le
le *sang*, le *tissu conjonctif*, le *tissu cartilagine*
musculaire, le *tissu nerveux*, l'auteur s'attache
ment on arrive à connaître et à observer en h
lement neuve et féconde.

L'esprit pratique et précis qui dirige cette
nemment utile aux élèves et à ceux qui dé
J'ajouterai que les médecins praticiens que leu
depuis plusieurs années des recherches micr
utile résumé de nos connaissances actuelles en

—

E. Crookshank, traduit par *M. Bergeaud*. Ma
gie, ouvrage orné de 32 planches hors texte
Paris, G. Carré. Bruxelles, A. Manceaux 18

Le présent manuel est un exposé de la scien

surtout, nous dit l'auteur, de MM. les étudiants auxquels il facilitera l'étude d'une science qui a ouvert de nouvelles voies à la pathologie et à la thérapeutique.

La première partie intitulée *Méthodes générales* passe successivement en revue les appareils et les réactifs nécessaires dans un laboratoire de bactériologie; de nombreuses planches rendent les descriptions claires et des formules détaillées des liquides en usage par les divers auteurs sont consignées avec soin.

Dans les chapitres suivants l'auteur étudie successivement : l'examen microscopique des bactéries dans les liquides, dans les cultures sur les milieux solides et dans les tissus. La préparation, la coloration des tissus. La préparation des milieux nutritifs et les méthodes de culture. Les expériences sur l'animal vivant, les précautions qu'elles nécessitent soit pour l'expérience, soit pour l'examen anatomique des animaux ayant servi aux expériences et les méthodes usitées pour isoler les micro-organismes des sujets vivants ou morts.

Dans la *seconde partie* l'auteur fait une description systématique des diverses espèces de bactéries, donne l'histologie et la classification des micro-organismes connus, dont un grand nombre sont représentés dans ses planches.

Des *appendices* sont destinés aux levures et moisissures, aux procédés d'examen de l'air, du sol, de l'eau et enfin à la photo-micrographie et à ses procédés.

Un index bibliographique termine le volume.

On peut juger par cet exposé succinct du mérite pratique de ce manuel, Les belles planches qu'il contient rendent sa lecture intéressante et facile.

C'est donc un réel service qu'a rendu M. Bergeaud en en faisant une traduction précise, claire et élégante. J.-L. P.

—

Eugène Revilliod. Notes cliniques sur quelques maladies des enfants. *Thèse de Paris*, 1886.

M. le Dr Eugène Revilliod a eu le bonheur de passer un année d'internat à l'hôpital Trousseau, lequel a continué les bonnes traditions de Sainte-Eugénie dans l'enseignement de la pédiatrie. Il a eu en outre la faveur de travailler sous la direction d'un maître éminent, inspirant le goût du travail, s'attirant l'estime et l'affection de tous ceux qui l'approchent. Enfin il a eu le mérite de savoir profiter des précieux éléments et des riches matériaux qu'il avait à sa disposition.

C'est ainsi que sous le titre de *Notes cliniques sur quelques maladies des enfants*, l'interne de M. Cadet de Gassicourt a su résumer en 227 pages les faits les plus intéressants qu'ont présentés les 564 malades qu'il a eu l'occasion d'observer. Tout en s'assimilant la pensée du maître, l'élève a

su s'élever au rang d'un médecin déjà expérimenté, opinions des auteurs et offrir sous la forme d'une thè tiellement clinique où vieux et jeunes pourront rap et trouver matière à instruction. On se retrouve en e malade, l'œil, l'oreille et l'entendement ne laissant nomène sans en tirer des conclusions théoriques et

La vraie clinique est toujours à la recherche des d peut présenter une maladie, selon les circonstanc trouve tel individu. Elle cherche le comment et le p que présente le même type. Elle étudie non la mala travail toujours nouveau, puisque chaque malade se si bien qu'il n'est pas « deux tracés de température sables. » Or c'est dans l'observation et l'interprét que consiste l'art véritable en clinique. C'est ce qu'a cherché le Dr E. Revilliod.

Commençant par la *fièvre typhoïde*, il fait ressort insolites, ses débuts insidieux, les irrégularités dans pérature, les complications, les maladies intercurre on retrouve la diphtérie, la scarlatine, la rougeole culose.

Dans le IIme chapitre l'auteur comprend la *pne congestion pulmonaire*, ces deux maladies pouvant, senter le même tableau clinique. Il y aurait là matièr ressantes, mais qui ne seraient pas à leur place dans

La *broncho-pneumonie* (IIIme chap.) si souvent seco la coqueluche, la diphtérie, la fièvre typhoïde, peut tive, primitive quand même elle succéderait à une il n'y a pas de motifs pour distinguer nosologiqueme tations anatomiques d'un état morbide qui reste un la clinique. Cette unité s'impose malgré les formes in la maladie, lesquelles n'ont pour ainsi dire qu'un savoir la gravité du pronostic qu'elles comportent, q monie soit primitive ou secondaire. Primitive, elle mort dans la proportion de 75 %, tandis que les 21 ont toutes guéri. Secondaire elle a encore été la cause de la moitié des décès par rougeole. Il en est de mêm de la diphtérie. Sur 212 diphtéritiques, 103 ont eu de nie et sur ces 103 malades 97 ont succombé. Par c typhoïde, cette complication assez rare n'a entraîné

Dans le chapitre IV consacré à la *tuberculose*, l'auteu sie qui est aussi rare chez l'enfant qu'elle est fréquent un cas d'hémoptysie foudroyante par rupture d'un gros vaisseau dans une caverne chez un enfant de 16 mois. Les signes physiques de la tuberculose même arrivée à la période de ramollissement peuvent rester latents et inappréciables, contraste saisissant avec les signes pseudo-caverneux qui

raient en imposer pour une phtisie avancée dans des cas où il ne s'agit que d'une pneumonie ou d'une pleurésie simple. Le chapitre se termine par deux observations de pneumothorax.

La *méningite tuberculeuse* est le sujet d'un beau chapitre qui doit inspirer au lecteur beaucoup de modestie en matière de diagnostic. En présence d'une fièvre typhoïde à forme cérébrale ou d'une méningite avec symptômes typhoïdes, l'hésitation et la prudence sont de bonne règle. L'arthrite cervicale peut aussi donner le change par les symptômes généraux concentrés sur le système nerveux qu'elle peut présenter. C'est que la fièvre cérébrale est une de ces affections dont la symptomatologie, la marche, la durée sont sujettes aux plus grandes dissemblances. Il y a souvent plus d'analogie entre tel cas de méningite tuberculeuse et un simple embarras gastrique fébrile qu'entre deux cas de méningite qui présenteraient même des lésions identiques. Les convulsions, les tremblements, le nystagmus, la respiration Cheyne-Stokes n'ont guère de valeur pathognomonique ; il en est de ces symptômes comme de la température terminale qui s'est élevée dans un cas à 43,6, abaissée chez un autre à 35,8.

Le diagnostic des *tumeurs cérébrales* (chapitre VI) peut donner lieu aux mêmes désillusions. Ou bien, c'est à l'autopsie qu'on découvre une tumeur qui n'avait pas été soupçonnée, ou bien, malgré la présence des signes de compression cérébrales les plus manifestes, la lésion en foyer fait défaut. M. E. Revilliod cite cependant l'observation d'une tumeur caséeuse du pédoncule gauche qui a donné des symptômes en rapport avec les lésions.

Le chapitre VII est consacré à un cas de *ramollissement cérébral droit* à la suite d'un thrombus autochtone de la sylvienne, accident bien rare chez un enfant de 3 ½ ans.

Nous arrivons au chapitre VIII consacré aux *néphrites*, basé sur 16 observations dont 7 consécutives à la scarlatine. La quantité d'albumine arrive dans un cas à 32 ‰ gr. dans les 24 heures, malgré un état général satisfaisant qui s'est maintenu tel pendant près d'un an. Une angine diphtérique survenue pendant le cours de la maladie fut le point de départ d'accidents mortels. Dans un autre cas nous voyons un état fébrile de 41,9, symptomatique d'une suppuration du péritoine venant compliquer une néphrite elle-même secondaire à une diphtérie et à une scarlatine.

Mais nous ne pouvons épuiser cette collection de faits aussi riche pour la qualité que pour la quantité. Ajoutons que M. E. Revilliod termine sa thèse par une revue sommaire et un tableau de tous les cas observés avec le chiffre des morts et des guéris.

En un mot il a présenté un travail réellement original ; il a apporté quelques pierres précieuses à l'édifice de la clinique infantile ; il a fait ce que devraient faire tous ceux qui ont la faveur et les moyens de fournir à la science des faits et toujours des faits bien étudiés. Puisse son exemple être suivi par MM. les internes des hôpitaux en général et ceux de Genève en particulier.

Dr Apostoli. Sur un nouveau trai
particulier de l'endométrite par
utérine. Communication faite à
française pour l'avancement des

La communication de M. Apostol

La thérapeutique gynécologique
et tend, avec juste raison, à se sub
rieure du col utérin. Le procédé no
institué dans le traitement electri
même époque avec le même avant
métrite chronique, qui en devient
la forme désignée généralement so
qui, avant d'envahir le parenchyn
cantonne plus ou moins, pour inte
un traitement qui sera tout *intra-*
queuse plus ou moins malade; au
jections liquides, ou de *cauterisatio*
il substitue un traitement *galvano-*
calisable, que toutes les femmes s
réaction inflammatoire s'il est bien
qui consiste dans une destruction
suivie d'un processus de règressic
résorption des exsudats et des hyp

Pour mener à bien cette opérati
trique suivant, dont on doit connai
cessaires. — A) d'abord un *galv*
milliampères, que le Dr Apostoli a
qu'à 200; il donne la seule mesu
n'était obtenue autrefois que d'une
gnation du nombre des couples (ou
débit qu'un couple neuf, etc.) — B
volume pour pouvoir suffire à un l
dérément après plusieurs opération
un petit nombre de couples, 30 en
à 200 milliampères; la meilleure p
Leclanché; une bonne pile transpo
trouver, mais jusqu'à présent celle
facultative peut suffire aux besoi
intra-utérin d'une longueur assez
cavité intra-utérine et d'une subst
sous l'action des acides; il devra
garantir le vagin et le meilleur est
trode neutre ou indifférent, qui,

courant très intense de passer sans douleur, sans chaleur, et sans crainte d'escarres; le meilleur est la *terre glaise* que M. A. a proposée le premier en 1882. — E) des *cordons ou réophores* assez souples pour ne pas être gênants et assez résistants pour ne pas se briser facilement et donner lieu à des interruptions ressenties douloureusement par la malade.

Le médecin en possession d'un bon outillage, doit se conformer strictement à la technique de l'opération telle que M. A. la conseille; elle peut se synthétiser hiérarchiquement ainsi : 1° faire d'abord une injection vaginale tiède et antiseptique, et placer la femme dans une position identique à celle de l'examen au speculum; — 2° mettre la pile en batterie, orienter le galvanomètre, juxtaposer le pôle abdominal en terre glaise, en prévenant la femme qu'il est toujours froid, et placer les réophores; — 3° introduire *lentement* et progressivement dans la cavité utérine, l'excitateur, préalablement *flambé et désinfecté*, isoler tout le vagin et la vulve; — 4° faire une galvano-caustique chimique intra-utérine, *positive* dans toutes les formes *hémorragiques* et *négative* dans les autres cas; — 5° le principe qui doit dominer toute intervention est de ne jamais surprendre l'utérus et de ne jamais faire une application trop douloureuse. Or, il faut savoir qu'il y a des utérus dits *irritables*, en très petit nombre, il est vrai (de 3 à 5 %), tel que celui de certaines hystériques, qui supportent mal le courant, quoique peu intense et chez lesquelles il faut savoir n'appliquer que de faibles doses; — 6° il faut au début, débiter le courant *lentement*, très lentement, s'arrêter devant toute sensibilité excessive pour acclimater la malade et vaincre toute résistance physique et morale; — 7° progressivement, en 2 ou 3 séances, l'intensité devra s'élever et atteindre dans la plupart des cas 100, 150 *et au besoin* 200 *milliampères*; l'intensite devra se proportionner et se régler d'abord sur la tolérance du sujet puis d'après l'étendue, la gravité et l'ancienneté de la lésion; — 8° la durée de l'application, qui oscillera entre 5 *et* 10 *minutes*, devra, comme l'intensité, se mesurer d'après la réponse de la malade sur l'énergie des effets à obtenir; — 9° les séances auront lieu ou toutes les semaines ou tous les 2 jours, suivant le besoin, et le médecin réglera leur nombre et leur rapprochement suivant l'urgence et la nécessité de l'intervention; — 10° un repos obligatoire, *d'au moins quelques heures*, devra être exigé de la part de toutes les malades qui ont été opérées; ce repos est nécessaire à la sécurité de la méthode et à son efficacité; — 11° on prescrira des injections vaginales antiseptiques au sublimé ou à l'acide phénique, que la malade prendra matin et soir.

Conclusion. — Ce traitement simple et inoffensif, véritable *hystérométrie thérapeutique*, n'est autre chose qu'un *raclage moléculaire galvanochimique, acide ou basique* suivant les cas, qui provoque la formation d'une nouvelle muqueuse et constitue une sorte d'exutoire intra-utérin dont on peut, à volonté, prolonger et varier l'action. Son effet bienfaisant, que le Dr Apostoli a constaté chez un grand nombre de malades, ne tarde pas à se faire sentir dès les premières séances, pour s'accentuer ensuite rapide-

ment et conduire bientôt la femme à la guérison. Il ne co
à aucun repos forcé et ne réclame aucun autre traitem
a sur le raclage chirurgical l'avantage de pouvoir être
n'être *jamais instantané*, et de pouvoir être administré
qui s'accumulent sans danger et au gré de l'opérateur.

VARIÉTÉS

Caisse de secours des médecins suisses. — Reçu en septen
Argovie. — M. le Dr Maurer (IIIme don) 10 fr. (10+1627=
Appenzell. — W. & H. (Vme), 100 fr. (100+260=360).
Saint-Gall. — DDrs Manchle sen. (IIIme), 15 fr.; Manchle
(10+2050=2060).
Schwyz. — Dr Schelbert (IIme), 10 fr. (10+130=140).
Zurich. — Dr Näf, 10 fr.; Société médicale du Zuricher-Ob
(110+526=5373).
Total : 260 + 27,120 des listes précédentes = 27,380 fr.
Bâle, 1er octobre 1886. *Le Trésori*

Maladies infectieuses signalées au Bureau de Police sanitaire

SEPTEMBRE 1886.		Fièvre typhoïde.	Fièvre puerpérale	Variole.	Varioloïde	Scarlatine.
DISTRICTS	COMMUNES					
		Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas
Lausanne.	Lausanne	5	....	....	....	2
	Le Mont	1	....	....	....	...
Grandson.	Sainte-Croix	1	....	....	....	...
Lavaux...	Cherbres	1	....	....	....	...
Morges...	Morges	....	....	....	....	3
	Lonay	1	....	....	....	...
Oron.....	Oron-le-Châtel	....	....	....	....	...
	Oron-la-Ville	....	....	....	....	...
Yverdon..	Yverdon	1	....	....	....	...
	TOTAUX...	10	...	....	....	5

Ouvrages reçus. — A. Robin, *Leçons faites à l'hôpit*
la congestion rénale primitive, de la pyélo-néphrite pri
rhumatisme du surmenage, de la syphilis amygdalienn
roïde. De l'influence des boissons abondantes sur la nu
traitement de l'obésité. Paris, 1885 et 1886.

Le même. Sur les ruptures du cœur.

Dr G. Burkhardt. Maison de santé de Préfargier. Exercice de 1885, 37me rapport. Neuchâtel, 1886.

Rechenschaftsbericht über die Zürcherische kantonale Irrenanstalt Burghölzli für die Jahre 1884 und 1885. Zurich, 1886.

BULLETIN DE STATISTIQUE MORTUAIRE ET ÉPIDÉMIQUE

Rédigé par le prof. P.-L. DUNANT

DÉCÈS	à Genève (Genève. Plainpalais, Eaux-Vives)				à Lausanne (la commune de)				à Fribourg (la commune de)			
	72,135 habitants				32,222 habitants				11,904 habitants			
ANNÉE 1886	AOUT			Mois précédent.	AOUT			Mois précédent.	AOUT			Mois précédent.
	Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total	
Variole	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Rougeole	....	....	....	*1*	....	....	....	....	....	....	....	....
Scarlatine	....	1	1	*1*	....	....	....	....	....	....	....	....
Diphtérie, croup	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Coqueluche	2	2	4	*3*	....	2	2	....	....	....	...	....
Erysipèle	....	....	....	*1*	1	....	1	....	....	....	....	....
Fièvre typhoïde	....	....	....	....	2	....	2	....	....	....	....	....
Dysenterie	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Infection puerpérale	....	....	....	....	....	1	1	....	....	....	....	....
Autres infections	....	....	....	*2*	....	....	....	....	....	....	....	....
Phtisie pulmonaire	10	9	19	*19*	2	4	6	*8*	1	1	2	*8*
Bronchite chronique	....	2	2	*2*	....	....	....	....	....	....	....	....
Bronchite aiguë	....	1	1	*8*	....	....	....	*2*	....	....	....	*2*
Pneumonie	....	2	2	*8*	....	...	....	*2*	1	2	3	....
Pleurésie et suites	1	....	1	*2*	....	....	....	....	....	....	....	....
Autres affect. respir.	2	....	2	*1*	1	....	1	*4*	....	....	....	*1*
Affections cardiaques	5	8	13	*9*	....	2	2	*6*	....	....	....	....
Autres circulatoires	1	. ..	1	....	1	....	1	....	....	....	....	....
Diarrhée, athrepsie	2	1	3	*9*	5	2	7	*2*	4	2	6	*6*
Autres affect. digest.	7	2	9	*8*	3	2	5	*7*	1	....	1	*1*
Apoplexie	....	1	1	*2*	2	....	2	*2*	....	1	1	*4*
Autres affect. nerv	6	3	9	*12*	1	3	4	*7*	....	....	....	*2*
Affect. génito-urinair.	1	3	4	*4*	2	1	3	*4*	1	....	1	*1*
Autres affections générales	2	....	2	*5*	2	....	2	*6*	....	2	2	....
Autres affections locales	7	6	13	*5*	1	....	1	*2*	....	....	....	....
Traumatisme	2	....	2	*3*	....	....	....	*1*	1	....	1	*1*
Mort violente	2	2	4	*7*	3	....	3	*3*	....	....	....	*1*
Causes non classées	3	3	6	*2*	....	1	1	*2*	1	2	3	....
TOTAL DES DÉCÈS	53	46	99	*114*	26	18	44	*58*	10	10	20	*27*
dont dans les hôpitaux	14	8	22	*35*	7	7	14	*14*	4	....	4	*6*

DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEU

DANS QUELQUES AUTRES

D'après les chiffres des Bulletins hebdomadaires

Du 1er au 28 août 1886

VILLES SUISSES de plus de 10,000 habit[s]	Population calculée 1er juillet 1886	Total des décès.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.
Zurich agglomération	.87,689	.115	....	....	....	..2.
Bâle.....	.70,647	..91	....	....	...	....
Berne	.48,601	..68	....	....	....	..1.
Chaux-de-F.	.28,866	..37	.. ..	....	....	....
Saint-Gall ..	.24,097	..42	....	...	....	....
Lucerne....	.19,707	..19	....	...	...	....
Neuchâtel ..	.16,891	. 21	....	....	....	....
Winterthour	.15,936	..16	....	....	....	....
Bienne.....	.13,583	..22	....	....	....	....
Schaffhouse.	.12,628	..15	....	....	....	..1.
Hérisau....	.11,838	..21	....	....	....	....
Locle.....	.10,537	..11	...	....	....	....
ENSEMBLE [1].	472,280	.625	....	....	..1.	..5.
4 semaines précédentes	*.722*	*..4.*	*..6.*	*..1.*	*..6.*	*.10.*	*..6.*	*..8.*	*117.*	*.69.*	*.52.*	*448.*

[1] Y compris Genève, Lausanne et Fribourg.

Pendant la même période et dans les mêmes villes il a été enregistré :

Naissances 1013 Mort-nés 46

[2] Dans ce nombre sont comptés les décès suivants par :

Vice organique du cœur	34	Accident	32
Apoplexie	22	Suicide	18
Érysipèle	1	Homicide	1

BULLETIN DE STATISTIQUE MORTUAIRE ET ÉPIDÉMIQUE

Rédigé par le prof. P.-L. DUNANT

DÉCÈS	à Genève (Genève, Plainpalais, Eaux-Vives) 72,135 habitants				à Lausanne (la commune de) 32,222 habitants				à Fribourg (la commune de) 11,904 habitants			
ANNÉE 1886	SEPTEMBRE			Mois précédent.	SEPTEMBRE			Mois précédent.	SEPTEMBRE			Mois précédent.
	Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total	
Variole	....	....	....	....	...	....	....	....	....	....	....	....
Rougeole	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Scarlatine	....	..1.	..1.	..*1*.	....	....	....	....	....	....	....	....
Diphtérie, croup	..1.	....	..1.	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Coqueluche	....	....	....	..*4*.	....	....	....	..*2*.	....	....	....	....
Erysipèle	....	....	....	....	....	....	....	..*1*.	....	....	....	....
Fièvre typhoïde	....	....	....	....	....	..	....	..*2*.	....	....	....	....
Dysenterie	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Infection puerpérale	....	..1.	..1.	....	....	....	....	..*1*.	....	....	....	....
Autres infections	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Phtisie pulmonaire	.14.	.17.	.21.	.*19*.	..1.	..3.	..4.	..*6*.	..2.	....	..2.	..*2*.
Bronchite chronique	..1.	..4.	..5.	..*2*.	....	....	....	....	..1.	....	..1.	....
Bronchite aiguë	....	..1.	..1.	..*1*.	....	..	....	....	....	..1.	..1.	....
Pneumonie	....	..1.	..1.	..*2*.	....	..1.	..1.	....	....	....	....	..*3*.
Pleurésie et suites	....	..	....	..*1*.	..1.	....	..1.	....	....	....	....	....
Autres affect. respir.	..1.	..2.	..3.	..*2*.	....	..1.	..1.	..*1*.	....	....	....	..
Affections cardiaques	..4.	..4.	..8.	.*13*.	..1.	..5.	..6.	..*2*.	....	....	....	....
Autres circulatoires	....	....	....	..*1*.	....	....	....	..*1*	....	..1.	..1.	....
Diarrhée, athrepsie	.13.	..6.	.19.	..*3*.	..7.	..2.	..9.	..*7*.	..4.	..2.	..6.	..*6*.
Autres affect. digest.	....	..1.	..1.	..*9*.	..5.	..1.	..6.	..*5*.	..1.	....	..1.	..*1*.
Apoplexie	..3.	..2.	..5.	..*1*.	..1.	..1.	..2.	..*2*.	..1.	....	..1.	..*1*.
Autres affect. nerv.	..3.	..5.	..8.	..*9*.	..2.	..3.	..5.	..*4*.	....	....	...	....
Affect. génito-urinair.	..2.	..4.	..6.	..*4*.	....	..3.	..3.	..*3*.	..2.	..1.	..3.	..*1*.
Autres affections générales	..2.	..1.	..3.	..*2*.	..2.	....	..2.	..*2*.	.. .	..1.	..3.	..*2*.
Autres affections locales	..5.	..2.	..7.	.*13*.	....	..2.	..2.	..*1*.	....	...	....	....
Traumatisme	..3.	....	..3.	..*2*.	..1.	....	..1.	....	....	....	...	..*1*.
Mort violente	..4.	..1.	..5.	..*4*.	..1.	....	..1.	..*3*.	....	....	....	....
Causes non classées	..2.	..1.	..3.	..*6*.	..1.	....	..1.	..*1*.	..2.	..2.	..4.	..*3*.
TOTAL DES DÉCÈS	.58.	.44.	102.	.*99*.	.23.	.22.	.45.	.*44*.	.15.	..8.	23.	.*20*.
dont dans les hôpitaux	.18.	.14.	.32.	.*22*.	..7.	.11.	.18.	.*14*.	..9.	..2.	.11.	..*4*.

DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES

DANS LES AUTRES VILLES SUISSES

D'après les chiffres des Bulletins hebdomadaires du Bureau fédéral de statistique.

Du 29 août au 2 octobre 1886 (5 semaines).

VILLES SUISSES de plus de 10,000 habit[ts]	Population calculée 1er juillet 1886	Total des décès.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Fièvre typhoïde et typhus.	Infection puerpérale.	Phtisie pulmonaire.	Affections respir. aiguës.	Enterite des jeunes enfants.	Autres causes.
Zurich agglomération	.87,689	.123.	....	....	....	..2.	....	..1.	....	.22.	..3.	.15.	.80.
Bâle	.70,647	.117.	....	....	....	....	..2.	..2.	..1.	.17.	..6.	..1.	.58.
Berne	.48,601	..72.	....	....	....	..2.	....	....	....	.14.	..3.	.10.	.43.
Chaux-de-F	.23,866	..45.	....	....	....	..1.	....	....	....	..2.	..3.	.16.	.23.
Saint-Gall .	.24,097	..38.	....	....	....	....	..1.	..1.	....	..3.	..1.	..7.	.25.
Lucerne...	.19,707	..25.	....	....	....	....	....	..1.	....	..5.	..3.	..3.	.13.
Neuchâtel .	.16,891	..37.	....	....	....	..1.	....	..1.	....	..7.	..2.	..5.	.21.
Winterthour	.15,935	..23.	....	....	....	..1.	....	..1.	..1.	..4.	..1.	..1.	.14.
Bienne....	.13,583	..25.	....	....	....	....	..1.	..1.	....	..5.	. 3.	..3.	..7.
Schaffhouse	.12,628	..23.	....	....	....	..1.	. ..	....	....	..2.	..4.	..5.	.11.
Hérisau...	.11,838	..21.	....	....	....	..1.	..1.	..1.	....	..1.	..1.	..6.	.10.
Locle.....	.10,537	..24.	....	....	....	. ..	....	....	....	..3.	..1.	.11.	..9.
ENSEMBLE [1]	472,260	.779.	....	....	..1.	.10.	..6.	..9.	..4.	122.	.34.	152.	441
5 semaines précédent.		*.815.*	....	....	*..2.*	*. 5.*	*.18.*	*..7.*	*..6.*	*115.*	*.67.*	*.86.*	*619.*

VI^me ANNÉE. — N° 11. 15 NOVEMBRE 1886.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les névrites périphériques dans le tabes dorsalis,

A propos d'une observation présentée à la Société médicale de Genève avec pièces à l'appui le 7 juillet 1886.

Par J.-L. PREVOST.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BARBÈS, P. Pseudotabes consécutif à l'empoisonnement par l'acide sulfurique. *France médicale.* 1885.

BOURDON. Étude clinique et histologique sur l'ataxie locomotrice progressive. *Archives générales de médecine.* Nov. 1861.

CHARCOT et JOFFROY. Note sur une lésion de la substance grise de la moelle épinière observée dans un cas d'arthropathie liée à l'ataxie locomotrice progressive. *Arch. de physiol. norm. et path.* 1870. 306.

CHARCOT et PIERRET. Altérations de la substance grise de la moelle épinière dans l'ataxie locomotrice dans leur rapport avec l'atrophie musculaire qui complique quelquefois cette affection. *Soc. de Biol.* 22 avril 1871. p. 9.

DEJERINE. Sur l'existence d'altération des nerfs cutanés chez les ataxiques et sur le rôle que jouent ces altérations dans la production des troubles de la sensibilité que l'on observe chez ces malades. *C. R. de la Société de biologie.* 1882, p. 114.

DEJERINE. Des altérations des nerfs cutanés chez les ataxiques, de leur nature périphérique et du rôle joué par ces altérations dans la production des troubles de sensibilité que l'on observe chez ces malades. *Arch. de physiol. norm. et path.* Série 3. T. II. 1883. p. 72.

DEJERINE. De la variabilité des névrites cutanées des tabétiques d'un malade à l'autre et chez le même malade suivant les points de peau que l'on examine. *C. R. hebd. des séances de la Soc. de biol.* 21 juin 1884. p. 405.

DEJERINE. Sur l'existence d'altérations périphériques des nerfs moteurs dans les paralysies oculaires des tabétiques. *Ibid.* Octobre 1884. p. 570.

DEMANGE. Chute spontanée des dents. Crises gastriques l
Lésions anatomiques. *Revue de médecine.* 1882 p. 247.
FÉRÉ Des troubles urinaires dans les maladies du systèm
dans l'ataxie locomotrice. *Archives de neurologie.* 1884
FRIEDREICH. Ueber degenerative Atrophie der spinale
Archiv. XXVI 1863 391 et 434.
KRÜCHE. Pseudotabes. *Deutsche med. Zeit.* 1884.
LANGERHANS. Zur pathol. Anatomie der Tastkörper. *Vi*
LÉPINE. Sur une forme particulière de crises gastriqu
l'ataxie locomotrice progressive. *Lyon médical* 1884
LEVAL-PICQUECHEF Pseudotabes. *Thèse de Lille.* 1885
MÖBIUS. Neuere Beobachtungen über die Tabes. *Schmidt's*
OPPENHEIM et SIEMERLING. Beiträge zur Pathologie der
tralblatt, 1886. N° II. p. 255.
PIERRET Note communiquée à A. Robin et insérée dans
troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale. Par
PIERRET. Nouvelles recherches sur les névrites périphériq
tiques vrais *C R. acad. des Sciences* Juin 1886. p. 15
PIERRET. Sur les altérations de la substance grise de la m
locomotrice *Arch. de physiologie norm. et path.* 1870.
PITRES Ataxie locomotrice. — Altérations des branches
tique *Bulletins de la Soc d'anat. et de physiol de*
(Séance du 7 mars 1882. p 56.)
PITRES et VAILLARD. Contribution à l'étude des névrites
Revue de médecine T. VI. 1886. p. 574.
PITRES et VAILLARD. Contribution à l'étude des névrites
de neurologie. 1883. T V. 191 et VI. 180
PITRES ET VAILLARD. Contribution à l'étude de la névri
Neurologie 1886. N° 3.
PONCET (de Cluny). État des nerfs optiques et de la ré
remontant à dix ans chez un ataxique. *Soc de biol.* 18
RAYMOND et ARLAUD Note sur un cas d'hemi-atrophie d
le cours d'un tabes dorsal. *Arch de phys norm. et path.*
ROBIN, A Des troubles oculaires dans les maladies de l'e
tion. Paris. 1880. p. 327.
SAKARY. Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Degene
ven. *Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* 1
SEGLAS. Une observation de tabes viscéral. *Revue de méde*
STEINTHAL. Beiträge zur Geschiche und Pathologie der
Journal 1884.
WESTPHAL. Ueber combinirte primare Erkrankung der R
für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. VIII. 1878. 469.

Le tabes dorsalis qui paraissait si bien d
pris dans son anatomie et sa physiologie
les travaux classiques de Romberg, Duchen

cot, Vulpian, Westphal et d'autres, est une des maladies du système nerveux dans lesquelles les découvertes semblent se multiplier chaque année en renversant souvent des opinions qui paraissaient indiscutables.

Parmi ces faits nouvellement décrits, les névrites périphériques, reconnues grâce à une technique microscopique plus soignée, ont acquis depuis quelques années une importance de plus en plus grande. D'assez nombreux travaux se sont succédés récemment sur ce sujet.

Une observation de tabes que je publie, tout en regrettant qu'elle ne soit pas plus complète, offre un bel exemple de cette complication du tabes et me fournira le sujet de discuter quelques particularités qui y sont observées. J'ai présenté cette observation et les pièces à l'appui à la Société médicale de Genève. Mais avant de la décrire, je donnerai un résumé des principaux travaux relatifs aux névrites périphériques du tabes, en faisant de nombreux emprunts au mémoire dans lequel Pitres et Vaillard résument savamment cette question en fournissant de nombreuses observations servant de base à leur travail.

Depuis longtemps on connaît la névrite qui atteint fréquemment le nerf optique dans le tabes, devenant la cause de troubles plus ou moins grands de la vision et pouvant aller jusqu'à l'amaurose, mais les altérations semblables affectant d'autres nerfs étaient méconnues.

Quelques cas d'altération des troncs nerveux avaient cependant été déjà signalés, mais vaguement décrits par quelques auteurs. C'est ainsi que Steinthal avait trouvé dans un cas une atrophie manifeste des *nerfs optiques* et des *moteurs oculaires communs*. Dans une observation de Bourdon, publiée en 1861, les moteurs *oculaires communs et externes* étaient atrophiés. Friedreich, en 1863, publia un cas dans lequel la parole était embarrassée et la langue agitée de secousses fibrillaires. A l'autopsie, on trouva l'*hypoglosse* très atrophié et renfermant du tissu conjonctif infiltré de corps amyloïdes. Les nerfs *sciatique, crural* et *brachial* avaient aussi subi une altération analogue.

Dans une deuxième observation de Friedreich, il était dit qu'il existait une grande quantité de tissu conjonctif interstitiel dans les gros troncs nerveux des extrémités, et dans une troisième, que le *nerf sciatique* était grêle, mais sans altération notable.

Westphal, en 1878, constata l'atrophi
nées du *petit sciatique* dans un cas de sclé
térieurs et latéraux.

Mais à ces observations on opposait d
obtenus par Charcot, Vulpian, Topinard,

L'état des nerfs cutanés n'avait pas é
ches soignées. L. Turk, dans ses observa
est le premier qui fit des recherches à c
deux cas examinés par lui au microscope,
altération dans les nerfs de la peau.

En 1880 Pierret, dans une note sur la p
que de l'ataxie locomotrice contenue dans
décrit des altérations des nerfs cutanés cl
auteur, dans une récente communicatio
des sciences, insiste sur ce que, en 1879
professé dans ses cours d'anatomie pathol
périphériques étaient fréquemment altér
qu'il avait montré aux élèves qui suivaie
parations microscopiques, en signalant qu
pondaient à des troubles sensitifs ou tr
Mais ces faits de Pierret restèrent inédit
Robin, dans laquelle il décrit ces altérat
vante :

« Si l'on examine avec soin les expan
« nerfs qui se rendent à ces zones cutan
« chez les ataxiques, les douleurs fulgura
« les hypéresthésies et ces éruptions pe
« observe si souvent, on y rencontre une
« comparable à la névrite optique. Il es
« nous ne l'ayons pas vérifié, que cette in
« aussi au niveau des corpuscules spéciau
« dans la peau. Toutefois, et comme pour
« les altérations deviennent moins nette
« s'éloigne de la périphérie, bientôt elles
» fait, mais pour se retrouver dans les d
« des nerfs sensitifs. »

Le premier pas vers la découverte de l'i
tes périphériques dans le tabes était déjà
tient à Dejerine d'avoir le premier décri
tion de ces nerfs avec preuves à l'appui e
sant cette notion, prouvé son importance

travaux de Pitres et Vaillard et de Oppenheim vinrent ajouter encore de nouveaux éléments à cette question.

C'est surtout depuis que la technique microscopique concernant l'examen des fibres nerveuses est devenue plus parfaite que l'on a pu bien saisir les détails de l'altération des fibres nerveuses, et que l'on a pu se rendre compte des dégénérescences limitées aux fibrilles terminales des nerfs cutanés [1].

Les névrites qui se montrent chez les tabétiques sont principalement périphériques. Il faut, comme le recommande Dejerine, isoler les filets nerveux cutanés à l'endroit où ils plongent dans la couche profonde du derme, au niveau des zones cutanées où l'anesthésie était le plus marquée. En traitant ces nerfs par l'acide osmique et le picro-carmin, on peut voir au microscope qu'ils contiennent un certain nombre de tubes sains, d'autres tubes en voie d'altération arrivée à un degré plus ou moins prononcé. La myéline est tantôt fragmentée, tantôt réduite à des granulations disséminées par places. Enfin on reconnaît l'existence d'un grand nombre de gaines vides colorées en rouge par le carmin et dont les noyaux apparaissent fortement colorés. Sans ce mode de préparation, la présence de ces gaines vides échapperait à l'observateur.

Ces altérations des nerfs, ces névrites tabétiques sont habituellement, disent Pitres et Vaillard, de nature parenchymateuse. Les fibres nerveuses sont tantôt en voie de destruction, tantôt totalement atrophiées.

Mais il n'est pas rare, ajoutent Pitres et Vaillard, qu'à côté

[1] La méthode de Ranvier pour l'examen des nerfs a rendu à cet égard de grands services. On sait que, comme cet auteur l'a indiqué, il suffit de placer les nerfs dissociés dans une solution d'acide osmique au $^1/_{100}$ ou au $^1/_{200}$ pour colorer leur myéline en noir et pour la fixer. Ces nerfs sont placés ensuite pendant quelques heures dans le picro-carminate d'ammoniaque qui colore les noyaux et le cylindre d'axe, qui n'ont pas été modifiés par l'acide osmique. Cette technique rend de très grands services pour l'examen des nerfs altérés, en permettant de se rendre immédiatement compte des altérations des tubes nerveux et de la fragmentation de la myéline ; elle permet d'apprécier des altérations limitées à un certain nombre de fibres fines qui eussent échappé à l'examen grossier que l'on faisait auparavant en dissociant simplement les nerfs dans de l'eau ou un autre liquide. J'ajouterai que cette méthode permet de conserver presque indéfiniment les nerfs fixés par l'acide osmique, que l'on peut monter dans de la glycérine picro-carminée. C'est là un immense avantage sur lequel il est inutile d'insister, car il permet de comparer les unes avec les autres des préparations de dates différentes.

des lésions des tubes nerveux on constate
plus ou moins grand du tissu conjonctif in
interstitielles, périnévrites), opinion confirm

Les racines postérieures rachidiennes offr
tout à fait analogue : très grêles à l'œil nu, ell
tubes à divers degrés de dégénérescence, des
certain nombre de tubes nerveux sains.

Dejerine a plusieurs fois examiné les gang
tres trophiques des nerfs sensitifs, et les a t
sains. « Non seulement, dit-il, ces ganglion
« aucune espèce de lésion appréciable et
« comme des types de ganglions normaux
« postérieure au-dessous d'eux et le tronc
« des caractères absolument physiologiques,
« le processus qui se passe dans le domaine
« chez les tabétiques est non seulement périp
« n'existe plus à une certaine distance des g

Un résultat un peu différent a été obte
qui, tout en constatant que les fibres des r
qui sortent en aval du ganglion sont saines,
nes sont altérées en amont du ganglion dans
la moelle, trouva une altération dans les gan
Le ganglion traité par le mode de double col
et comparé à un ganglion sain offrait une
des fibres au niveau de l'entrée des racines.

Il est difficile de déterminer jusqu'où rem
périphériques. Quand on examine dans ce b
nerveux mixtes, le tronc du nerf sciatique
branches, par exemple, on trouve que les t
relativement moins nombreux que dans les
et dans les racines postérieures, mais le point
ration n'a pas encore été déterminé.

Pierret a été tenté de faire de la névrite
avec l'altération de la racine postérieure, u
qui, selon lui, se passerait pour le nerf optiq
« que, dit-il, se voit dans le cours du tabe
« points, dans son expansion terminale, réti
« ses origines centrales, tubercules quadrij
« avoisinantes.

« Si d'autre part on examine avec soin les
« nales des nerfs qui se rendent à ces zon

« montrent, chez les ataxiques les douleurs fulgurantes, les « anesthésies, les hypéresthésies ou ces éruptions pemphi- « goïdes que l'on observe si souvent, on y rencontre une névrite « parfaitement comparable à la névrite optique. Toutefois et « comme pour compléter l'analogie, les altérations deviennent « moins nettes à mesure que l'on s'éloigne de la périphérie; « bientôt elles disparaissent tout à fait pour se retrouver seule- « ment dans les dépendances centrales des nerfs sensitifs.

« On doit donc, dans le tabes, tenir compte de deux foyers « d'irritation, l'un périphérique, l'autre central. »

Il faudrait, pour que l'analogie fut complète, que les corpuscules nerveux terminaux des nerfs cutanés fussent altérés. Or, comme le fait remarquer Dejerine, les observations faites à cet égard par Langerhans sont contraires à cette manière de voir, car cet auteur a trouvé les corpuscules nerveux terminaux parfaitement sains chez les ataxiques qu'il a examinés.

D'autre part, des recherches de Poncet de Cluny faites sur les lésions de l'œil chez les ataxiques démontreraient que l'altération, « loin d'être périphérique, laisse intactes les parties « externes de l'appareil sensoriel et paraît être due à une cause « nerveuse centrale. »

Cette question reste par conséquent douteuse, et il est actuellement difficile de comprendre la cause et la nature de ces névrites périphériques des ataxiques.

Le développement de ces névrites périphériques ainsi que l'altération des racines postérieures avec intégrité fréquente du ganglion spinal sont deux faits qui font exception à la loi formulée par Waller, relativement au centre trophique des nerfs sensitifs; mais, comme le fait observer Dejerine, bien que la loi de Waller soit indiscutée et indiscutable, expérimentalement parlant, il n'en est pas moins vrai qu'elle n'est pas toujours applicable en clinique, et que l'on rencontre des cas dans lesquels les nerfs périphériques sont altérés seuls et primitivement; les exemples en deviennent chaque jour plus nombreux.

Des remarques analogues sont faites par Pitres et Vaillard dans leur mémoire sur les névrites spontanées, dans lequel les déductions sont basées sur de nombreuses observations. Les planches chromolithographiées qui accompagnent ce mémoire représentent très fidèlement l'aspect qu'offrent au microscope les fibres nerveuses traitées par l'acide osmique et le picrocarmin, soit à l'état sain, soit dans les diverses phases de leur dégénérescence.

Les névrites spontanées que l'on observe
diverses (*froid, intoxication saturnine, m*
tuberculose, alcoolisme, etc.) ont été le suj
nombreux depuis quelques années. Le mé
Vaillard offre un bon résumé de cette qu
ajoute des données nouvelles et originales.

Comme le font remarquer ces auteurs, «
« que la nutrition des nerfs était subord
« trophiques, et beaucoup de personnes se
« à admettre qu'une inflammation puisse se
« nerf indépendamment d'une altération
« dans la moelle ou dans les ganglions ra
« tes traumatiques et les dégénérations w
« constituer toute l'histoire de la névrite.
lement acquis à la science ont démontré qu
pas conforme à la vérité, et qu'à côté d
rienne les nerfs peuvent être altérés par u
peut rapporter à l'inflammation. Mais est-il p
l'une de l'autre ces deux altérations? Pitre
lent nettement ces distinctions (p. 195) :

« Les altérations histologiques des ne
« spontanée ressemblent beaucoup à celle
« dans le segment périphérique des nerfs
« deux cas, on observe au début le gonfle
« fibres nerveuses et la segmentation de la
« destruction complète du cylindre-axe et
« que. Dans les deux cas aussi les fibres
« régénérer ou tout au moins être remplac
« nouvelle formation. Mais de ce que les de
« tent d'étroites analogies, il ne faudrait
« sont identiquement semblables. Les né
« teuses spontanées n'ont pas l'évolution
« des dégénérations wallériennes. Elles m
« avec une extrême lenteur et d'autres fo
« nante rapidité. De plus, tandis que l'
« d'altérations ascendantes dans le segme
« sectionnés, il semble que, dans certains
« névrites spontanées puissent se propag
« vers le centre et atteindre par une migr
« ganglions rachidiens et la moelle elle-mê
Dans une plus récente publication, Pitres

une forme spéciale de névrite, la *névrite segmentaire* qu'ils ont observée dans un cas de diphtérie. Cette névrite offre les mêmes caractères que la *névrite périaxile* décrite par Gombault (analysé *Revue médicale de la Suisse romande,* 1881, p. 391 et 476), dans l'intoxication saturnine. Pitres et Vaillard combattent l'opinion émise par Gombault qui pense que le cylindre d'axe reste sain dans toute son étendue même au niveau des altérations de la myéline, qui sont limitées à un ou deux segments annulaires, le tube nerveux restant sain au-dessus et au-dessous de l'altération.

A côté de ces tubes atteints de névrite segmentaire, Pitres et Vaillard ont trouvé des tubes ayant subi une altération analogue à la dégénération wallérienne ; mais ils ne pensent pas comme Gombault que ce soit un stade plus avancé de la névrite périaxile trouvant son interprétation dans une fragmentation du cylindre d'axe. « Dans certaines circonstances, encore indé-
« terminées, le cylindre d'axe pourrait être rompu, disent-ils,
« en un ou plusieurs points de son trajet sans que les parties
« sous-jacentes de la fibre nerveuse souffrent en apparence de
« cette séparation des centres réputés trophiques. »

Il faut, selon eux, admettre d'autre part, « que les névrites
« primitives sans relation avec une lésion primordiale des cen-
« tres nerveux peuvent évoluer suivant un mode absolument
« identique à celui qui succède à la section d'un nerf. »

Chez les tabétiques, comme dans les autres névrites spontanées, on rencontre quelquefois des fibres nerveuses variqueuses à segments plus courts, qui offrent en un mot les caractères de fibres régénérées ou en voie de régénération au milieu des fibres dégénérées ou en voie de dégénération. Cette particularité, déjà signalée par Pitres et Vaillard, a récemment attiré de nouveau l'attention de Pierret qui en fait le sujet d'une communication à l'Académie des sciences. L'auteur en conclut que « la névrite des tabétiques peut guérir même chez les tabé-
« tiques francs, atteints de sclérose postérieure spinale confir-
« mée et sans complication. Dans un cas, Pierret constata
« nettement, dit-il, une rénovation des tubes nerveux des
« troncs cutanés. Les symptômes souvent si pénibles, imputa-
« bles à la névrite périphérique, seraient accessibles à une
« thérapeutique raisonnée et dirigée spécialement contre cette
« dernière. L'action bienfaisante de certaines eaux thermales
« s'expliquerait ainsi aisément. »

Quant à la distribution des névrite
leur fréquence relative, c'est un sujet
sont pas encore absolument d'accord.

« En général, disent Pitres et Vai
« sent se développer plus fréquemmer
« qu'aux membres supérieurs. Elles
« de préférence les nerfs cutanés, m
« d'absolu. Les nerfs des membres
« tains cas le siège d'altérations p
« cutanés sont plus souvent altérés
« pas oublier que les nerfs mixtes, l
« récurrents, les pneumogastriques, e
« atteints de dégénération et d'atrop

L'étendue et la gravité des névrites
ques paraissent n'avoir aucun rapp
l'étendue et la gravité des lésions m
plusieurs cas, Dejerine trouva les ner
fondément altérés en certains points
res elles-mêmes. Bien mieux, cet aute
nervo-tabes qu'il nomme périphériqu
malades qui, offrant tous les signes d
présentèrent à l'autopsie que des né
absence de lésions médullaires (Ana
1884, p. 291).

Oppenheim, dans une communicati
de cette question et relate les résultat
faites en commun avec Siemerling d
phal. Oppenheim se demande si les n
ataxiques ne pourraient pas être le ré
currentes qui entraînent souvent la
pour s'en rendre compte il étudie les
des sujets morts de *tuberculose,* d'
cachexie due à des tumeurs, d'*arté
sénile*, de *maladies infectieuses,* d'*int
cerveau,* qu'il compare à 13 autopsies
dans ces diverses maladies les nerfs s
la fréquence et le degré de l'altération
que l'on observe dans le tabes. L'alté
cas qui sont le résultat d'intoxications
de marasme. Ce n'est que dans les
névrites multiples se sont montrés

observe des altérations aussi prononcées des nerfs chez les tabétiques. L'auteur cite en particulier un cas de névrites multiples chez un tuberculeux et un sujet alcoolique qui offraient les symptômes de névrites multiples. Mais chez un grand nombre de tabétiques, l'auteur trouva des altérations très prononcées qui, vu leur intensité, étaient à peine comparables aux cas dans lesquels la clinique diagnostique une névrite.

D'autres publications sur le *pseudotabes*, dues à Leval, à Kruche, à Barbès, analysés dans une revue critique de Möbius, confirment aussi cette manière de voir.

Comme Dejerine, Oppenheim ne peut établir une relation entre la névrite périphérique et l'altération centrale. « D'un côté, « dit-il, nous avons rencontré une atrophie complète des cor- « dons postérieurs des régions lombaire et dorsale avec inté- « grité des nerfs sensibles des extrémités inférieures, et d'un « autre côté, dans quelques observations, les altérations de la « moelle étaient peu accusées malgré le developpement de « névrites périphériques très prononcées. »

Les observations II et IX de Pitres et Vaillard sont deux exemples d'altérations *unilatérales* des nerfs périphériques. La sclérose occupait les deux cordons postérieurs, les nerfs du membre inférieur droit étaient presque complètement sains, tandis que ceux du membre inférieur gauche étaient tous notablement altérés.

On voit que les observations d'Oppenheim, comme celles des auteurs que nous avons cités ci-dessus, s'accordent à reconnaître l'intensité des névrites périphériques dans le tabes, névrites qui attaquent de préférence la périphérie des nerfs, comme les racines postérieures, et qui remontent plus ou moins haut dans les troncs nerveux.

Quelle est la fréquence des névrites des tabétiques? C'est là un point fort intéressant à connaître relativement à la clinique et à la physiologie pathologique du tabes. Mais les observations sont encore trop récentes et trop peu nombreuses pour que l'on puisse se faire une opinion tout à fait arrêtée à cet égard; on ne le pourra que lorsqu'un grand nombre de cas auront été soigneusement étudiés et comparés les uns aux autres.

Dejerine, Pierret, ainsi que Pitres et Vaillard, sans vouloir conclure à la constance des névrites chez les ataxiques, insistent sur leur très grande fréquence, surtout dans les cas où des troubles de sensibilité cutanée avaient été signalés pendant la

vie. « Pour notre part, disent Pitres et
« jusqu'à ce jour étudié l'état des nerfs pé
« ataxiques, et sept fois nous y avons renc
« plus ou moins étendues. »

Oppenheim et Siemerling n'ont, au cont
rations notables des nerfs périphériques q
sur treize cas de tabes soumis à leur exam

Ces faits prouvent catégoriquement la f
la constance, des névrites tabétiques. Le
encore dans le domaine de l'hypothèse, en
sisterons pas davantage sur ce point, mais
rechercher leur valeur clinique et sympton

Valeur symptomatologique. La valeur
des névrites périphériques que l'on obser
tabétiques est encore imparfaitement con
breux dans lesquels une symptomatologie
comparée à l'étude microscopique des ne
pour élucider cette question et spécifier e
tômes caractéristiques de l'altération cent
doit au contraire rapporter à la névrite pé

Ce sont surtout les divers troubles de la
chez les tabétiques qui ont été considérés
dépendance des névrites périphériques.
démontrer dans ses premières observat
offrant une altération très grande de la se
à l'autopsie des altérations centrales peu
gnées d'altérations très profondes des
Inversément, cet observateur trouva des
de la sensibilité chez des ataxiques offrant
très accusées avec lésions beaucoup moind
riques. Dejerine a pu, d'autre part, limite
zones cutanées, au niveau desquelles la s
notablement altérée, et qui correspondaien
plus spécialement atteints de névrite, auss
poser que « les différences dans l'état de
que l'on observe chez les ataxiques tienne
du moins, à l'altération des nerfs cutanés.

Cette opinion a trouvé une confirmation
de Pierret, dans celles de Pitres et Vaillar
observations plus récentes de Oppenheim.

Pitres et Vaillard montrent que dans leurs observations I, III, IV, V, VII, VIII, IX, les névrites périphériques siègent exactement dans les régions insensibles du corps.

« L'observation IX est, nous disent-ils, particulièrement « intéressante à ce point de vue. La sensibilité à la piqûre « était intacte dans le membre inférieur droit; elle était, au « contraire, très affaiblie dans le membre inférieur gauche, « puisque la malade ne sentait plus les piqûres de morphine « que l'on y pratiquait. A l'autopsie, les nerfs du membre infé- « rieur droit étaient sains, tandis que ceux du membre infé- « rieur gauche présentaient des altérations névritiques nota- « bles. »

« Il est vraisemblable, ajoutent Pitres et Vaillard, que « d'autres troubles de la sensibilité cutanée chez les tabétiques « sont également sous la dépendance de ces névrites périphéri- « ques. Les fourmillements, les plaques d'hypéresthésie, les « douleurs locales continues, sont très probablement de ce « nombre. Mais les faits anatomo-cliniques dont nous dispo- « sons ne nous permettent pas d'affirmer qu'il en soit ainsi. »

On trouve dans ces données l'interprétation de la fréquente disposition par plaques des troubles de la sensibilité observés chez les tabétiques, comme l'avait déjà indiqué Oulmont en 1877.

Peut-on étendre plus loin l'importance des névrites périphériques des tabétiques et leur faire jouer un rôle prépondérant dans plusieurs symptômes du tabes? Les altérations des muscles, les altérations trophiques de la peau, les lésions des os et des articulations, décrites par Charcot, les troubles viscéraux, l'atrophie de la langue, les spasmes laryngés ne dépendent-ils point de lésions semblables des nerfs?

Cette partie de la question est plus difficile à élucider que la précédente. Cependant quelques observations paraissent être concluantes à certains égards : Pour Pitres et Vaillard, « les « signes principaux du tabes, ceux qui existent uniformément « dans tous les cas réguliers d'ataxie locomotrice progressive « sont indépendants des névrites périphériques. Les douleurs « à type fulgurant, l'incoordination motrice, l'abolition des « *réflexes rotuliens*, la perte du sens musculaire ont très vrai- « semblablement leur raison d'être dans les altérations des « cordons postérieurs de la moelle et des racines postérieures. « Les névrites périphériques paraissent jouer un rôle dans la

« production de quelques accidents qu
« comme des complications plutôt qu
« de cette affection. »

Cette opinion est peut-être un p
étonné en particulier de voir Pitres et
la névrite comme cause possible de l
laire, si fréquente chez les ataxiques.
les branches ou les irradiations du
effet, le réflexe rotulien, comme le fai
sa paralysie par le curare.

D'autre part, Dejerine, dans les ob
tabes périphérique, signale la perte
lésion médullaire. Dans ces intéressan
signalait de plus l'existence du signe
paux symptômes que l'on a l'habitu
pathognomoniques et caractéristique
trouvèrent leur interprétation dans l'e
phériques avec intégrité parfaite de
postérieures.

Je me permettrai d'ajouter que cet
Pitres et Vaillard me semble en désac
émettent, en considérant que certaine
musculaires des tabétiques peuvent êt
périphériques atteignant les nerfs m
muscles paralysés.

« Dans le cours de l'ataxie locom
« Pitres et Vaillard, il n'est pas ra
« *paralysies musculaires* dont l'évolu
« niques sont extrêmement variable
« un muscle ou à un groupe muscu
« d'autres cas s'étendre à un gra
« Parfois elles sont temporaires et dis
« traces, parfois, au contraire, elles
« tives et s'accompagnent d'atrophi
« atteints. Ces paralysies atrophique
« chez les tabétiques, paraissent dépe
« géniques différentes. Quelques-un
« résultat de lésions centrales médul
« que l'ont démontré les recherches
« mond et Arlaud, etc. Mais d'autres
« damment de toute lésion appréciab

« paraissent être la conséquence directe des lésions périphéri-
« ques des nerfs moteurs correspondant aux muscles para-
« lysés. »

Ces caractères distinctifs des diverses formes de paralysies ou d'atrophies, habilement tracés par Pitres et Vaillard, peuvent être reconnus dans quelques cas déterminés; mais nous doutons que dans l'état actuel de la science il soit toujours possible d'affirmer pendant la vie que telle ou telle atrophie ou que la perte du réflexe rotulien ne puisse être justiciable d'une altération périphérique.

Ce ne sont pas toujours les nerfs de sensibilité ou leurs terminaisons qui sont atteints dans le tabes, les nerfs moteurs peuvent aussi être affectés de névrites qui prennent alors part dans la symptomatologie du tabes.

La chute des deux paupières supérieures signalée depuis trois ans chez une ataxique, dans une observation publiée par Dejerine (Société de biologie, 1884), a trouvé son interprétation dans une atrophie des filets nerveux se rendant aux muscles releveurs des paupières.

On a signalé des cas d'atrophie de la langue dans lesquels l'hypoglosse avait subi une dégénérescence atrophique (Friedreich).

Oppenheim signale un cas dans lequel des crises laryngées et de l'aphonie étaient accompagnées d'une atrophie notable des récurrents et des pneumogastriques, avec intégrité des noyaux bulbaires et des racines du pneumogastrique. Chez un autre ataxique, sujet à des crises gastriques et à des accès de dyspnée, Oppenheim trouva le nerf pneumogastrique altéré, mais à un moindre degré.

L'atrophie des nerfs moteurs et de leurs irradiations périphériques a, selon toute vraisemblance, une grande importance dans l'interprétation de plusieurs des symptômes observés chez les tabétiques, mais des recherches nouvelles sont nécessaires pour être fixé sur ce point.

Les arthropathies tabétiques, si bien décrites par Charcot, avaient été considérées par lui comme résultant probablement d'altérations des cornes antérieures. Mais plusieurs observations de Pitres et Vaillard sont contraires à cette opinion. Dans quatre cas où les articulations étaient le siège d'altérations trophiques, il existait des lésions plus ou moins graves des nerfs

périphériques péri-articulaires, sans qu'i
dier les terminaisons mêmes de ces nerfi
culaires. Mais dans ces cas les corne
trouvées absolument saines.

Tout en admettant la probabilité de l
sur la production des artropathies tabét
font observer que l'on pourrait objecter
la rareté des arthropathies dans les né
spontanées, quand elles sont au contra
tabétiques.

Les *fractures* spontanées des tabéti
aussi les conséquences d'un trouble nutı
du tissu osseux? Dans un cas, observa
Vaillard, on trouva le nerf nourricier c
blement altéré, mais les observations m
la question.

Certains troubles trophiques intéress
les *dents*, complications relativement
sont peut-être aussi dus à la névrite pér

Parmi les douze observations rapporté
plusieurs font mention de troubles trop
parmi lesquels un cas de desquammati
peau (obs. X), un cas de maux perf
chute et dystrophie des ongles des orteil
thropathies (obs. II, III, XI, XII) et un
tanée (obs. XII).

Dans tous, les nerfs périphériques ét
tions plus ou moins profondes et anc
teuses.

On peut voir par ce résumé que la
mieux étudiée depuis quelques années,
technique, a pris une grande importan
pathologique du tabes dorsalis, de mê
bien d'autres maladies du système ne
restent encore à élucider, et la valeur re
phérique, comparée avec celle des a
n'est pas encore absolument déterminé
la science. L'ataxie locomotrice, maladi
récente, est certainement une des malad
dans lesquelles les recherches anatomiq

ques ont été les plus fécondes, et il n'est pas d'année où de nouveaux faits et de nouvelles découvertes ne viennent modifier les opinions que l'on avait cru inattaquables au début.

L'observation que je présente et qui, je le regrette, offre bien des lacunes, présente plusieurs particularités qui me paraissent dignes d'être publiées et discutées.

OBSERVATION. — *Ataxie locomotrice déjà ancienne plus prononcée dans les membres supérieurs. Intégrité des organes des sens. Fracture spontanée de l'humérus. Troubles trophiques variés, onyxis, plaies,* etc. — AUTOPSIE. *Altérations des cordons et des racines postérieures. Névrites plus accusées dans les nerfs cutanés que dans les troncs nerveux.*

W. Georges, né en 1836, employé de l'état civil de Genève.

Antécédents. Pas d'hérédité nerveuse. Syphilis douteuse, le malade affirme n'avoir eu qu'une blennorrhagie; il n'a jamais eu de syphilis secondaire ni de plaques muqueuses de la gorge ou d'autres parties.

La maladie a débuté sans cause connue. W. était employé à l'état civil de Genève, homme très actif, très intelligent et capable, très régulier dans ses habitudes, nullement alcoolique, et ayant une fort belle écriture dont on peut juger, Pl. IX.

Il se maria en 1864 et était à ce moment bien portant, il eut, un an après, une fille qui est actuellement bien portante ; pas d'autre enfant.

En 1868 il eut déjà quelques troubles dans la marche, car, dit-il, se promenant au Bois de la Bâtie avec sa femme et poussant une petite voiture, où se trouvait sa fille âgée de deux ans, il fut plaisanté par des passants qui l'accusèrent d'être ivre, quoiqu'il fût comme toujours très sobre et il eut avec eux une dispute à cette occasion. C'est la première fois qu'il s'aperçut que sa marche n'était pas normale.

Depuis lors la maladie suivit une marche graduelle et progressive. Les troubles des mouvements des membres inférieurs ne tardèrent pas à s'accentuer et envahirent bientôt les membres supérieurs, dans lesquels l'ataxie devient très accusée. L'écriture du malade ne tarda pas à être altérée [1], comme on peut s'en convaincre par l'examen de la Pl. IX.

Lorsque j'examinai le malade pour la première fois en novembre 1881, il offrait les symptômes très prononcés du tabes dorsalis. Il avait consulté

[1] J'ai pensé qu'il pouvait être intéressant de faire copier quelques spécimens de cette écriture qui montrent bien son altération graduelle qui est déjà manifeste en 1871, et qui s'accuse d'année en année, jusqu'à devenir méconnaissable et presque illisible. C'était avec la plus grande difficulté que dans les deux dernières années de sa vie le malade, pour solliciter mes visites, quand il souffrait cruellement, m'écrivait des billets au crayon, presque illisibles, et qui ne paraissent pas sortir de la même main que ses cahiers de comptes de l'état civil dont je donne aussi un spécimen. Voy. Pl. IX.

de médecins, fait une ou deux cures d'eaux minérales (Aix aden en Argovie) et était traité depuis plusieurs mois par mon Dr D'Espine, avec lequel je le vis en consultation et qui peu rès me confia le malade.

e était alors presque toujours confiné au lit, pouvant faire uelques promenades en fauteuil roulant ; c'était à grand'peine ., soutenu par deux aides, à descendre et remonter l'etage qui e la rue. Il offrait tous les symptômes d'une ataxie locomotrice ıncée.

ation très prononcée des mouvements, plutôt plus pronon·ée s supérieurs qu'aux inférieurs. Quand les yeux etaient fermes, peine trouver une de ses mains avec l'autre, et avait une ulté à placer un doigt sur son nez ou dans sa bouche, ce n'est sieurs tâtonnements qu'il y parvenait.

vait pas distinguer par le toucher des objets (porte-monnaie, rayon) que l'on plaçait dans ses mains.

ements des membres inferieurs étaient très incoordonnés et il roite ou de gauche ses membres quand il voulait exécuter un Il ne pouvait déterminer les positions variées données soit à supérieurs soit à ses membres inférieurs. Les troubles de la laient très accentues, la sensibilité au piquer, au toucher, au très obtuse, soit aux membres supérieurs soit aux membres l ne pouvait point sentir deux impressions faites simultanéez grandes distances. Cependant la sensation du *froid* semconservée que les autres, ou du moins le malade souffrait très t du froid aux pieds. La sensation du *chaud* semblait au conbtuse et le malade se brûla à plusieurs reprises aux boules e avec lesquelles il cherchait à combattre le froid aux pieds.

fulgurantes souvent violentes qui s'irradiaient soit dans les férieurs soit dans les membres supérieurs, soit fréquemment

n et la défécation étaient difficiles et souvent déjà il était obligé au cathétérisme. La vessie ne pouvait contenir que peu qu'elle se remplissait le malade offrait du ténesme douloureux ; vésicales s'irradiant du côté de la verge, étaient assez intenovoquer des cris. Souvent aussi crises gastriques violentes, ıut sans vomissements.

es patellaires étaient absolument abolis.

abusait déjà des injections de morphine, habitude qui ne fit tre et qui à la fin de sa vie degenera en vraie *morphiomanie* s caractères, de gêne respiratoire, de malaises divers accomris et humeur intolerable jusqu'à ce que le malade fût calmé on. Malgré l'incoordination motrice des membres supérieurs à se pratiquer lui-même ces injections, brisant il est vrai frea seringue.

Il parvenait aussi à se sonder lui-même, ce qui était réellement surprenant vu l'intensité de l'incoordination des mouvements. La verge il est vrai était presque insensible et la vue n'offrit jamais d'altération notable, non plus que les autres sens.

Des traitements variés furent successivement employés (cautérisations le long de la colonne vertébrale, nitrate d'argent, iodure de potassium, électrisation. etc., etc.) sans amener aucune modification dans la maladie qui progressa graduellement.

Pendant cette longue maladie, des accidents et des complications variées, divers troubles trophiques survinrent, je me contenterai de les résumer succinctement.

Ce furent en particulier en 1882 deux onyxis des gros orteils qui me forcèrent d'enlever successivement les deux ongles, ce qui se fit sans douleur, vu l'état d'insensibilité du malade.

En décembre 1883 une *tumeur fluctuante* qui s'était progressivement formée sur la région sacrée, s'enflamma, devint rouge et douloureuse. Je crus au début d'une escarre et vis le malade avec mon confrère, le Dr E. Martin. Nous fîmes une ponction avec l'appareil Potain et évacuâmes un liquide séreux, louche, qui nous démontra qu'il s'agissait d'une vaste bourse séreuse ayant un diamètre d'au moins six à dix centimètres, provoquée par la compression que subissait cette région sur laquelle W. était constamment assis ou couché. Le liquide se reproduisit quelques jours après ; mais à la suite de deux ponctions successives et sans autre intervention la peau sembla se recoller et toute fluctuation disparut.

Plus tard, la même année, *fracture spontanée* de l'humérus droit à sa partie inférieure, presque au niveau du coude. Le malade entra pendant quelques semaines à l'Hôpital. Il était presque impossible d'immobiliser sa fracture car il se servait constamment de son bras comme s'il n'était point fracturé, pour descendre à chaque instant de son lit pour uriner et faire de longues stations sur la chaise percée. Les fragments chevauchaient ainsi, mal maintenus, l'un contre l'autre. Malgré cela, la cicatrisation de la fracture s'effectua, contre toute attente, aussi rapidement que si elle eût été maintenue. Il resta cependant un cal vicieux et une déformation notable du bras.

Plus tard, vomissements hématiques qui se répétèrent à plusieurs reprises, accompagnés de selles mélaniques, avec grand affaiblissement et pâleur du malade, que l'on crut devoir succomber à cet accident. Mais bientôt W. reprit ses forces et se remit de cet accident. Une autre fois hémorragie intestinale abondante, ayant pour siège probable la partie inférieure de l'intestin, car W. rendit par le rectum une grande quantité de sang pur.

Malgré tous ces accidents graves, le malade continuait à vivre et à souffrir cruellement de douleurs variées qui se localisèrent surtout du côté de l'estomac et de la vessie pendant la dernière année de sa vie.

Les douleurs fulgurantes de la face et des membres avaient sensible-

ment diminué d'intensité et de fréquence. Il n'était cependant pas rare pendant mes visites qu'il éprouvât quelques élancements subits qui lui faisaient faire une grimace spéciale et une contorsion des traits, avec pincement des lèvres. Le malade accusait surtout alors comme siège de ces douleurs fulgurantes les doigts annulaires, les auriculaires et quelquefois le nez.

W. souffrait de plus d'une constipation opiniâtre, on était obligé de lui vider mécaniquement le rectum, car les purgatifs provoquaient de la diarrhée sans expulser les matières fécales durcies qui s'accumulaient dans le rectum. Il éprouvait constamment la sensation d'un corps étranger dans le rectum, même lorsque cet intestin était vide, et souffrait de ténesme et de douleurs rectales.

Les troubles de la miction augmentaient de plus en plus. W éprouvait du ténesme intense pour évacuer à grand'peine quelques gouttes d'urine. Il recourait plusieurs fois par jour au cathétérisme, qui, quoique pratiqué maladroitement par lui avec des sondes molles ou demi-rigides, ne produisit cependant jamais d'accident.

L'incoordination motrice et les troubles de sensibilité s'accrurent aussi graduellement. W. jetait ses jambes de côté et d'autre quand il voulait les mouvoir; il en résultait de fréquentes contusions, qui amenèrent à plusieurs reprises des plaies des jambes et des pieds, sans résultat fâcheux. L'incoordination des bras devint aussi excessive, cependant W. arrivait malgré cela soit à fumer, soit à se pratiquer lui-même des injections de morphine en brisant souvent les canules de la seringue de Praraz.

Il resta confiné au lit les derniers mois de sa vie, dormant à peine et poussant souvent des cris arrachés par la douleur.

Jamais il n'eut de trouble notable des organes des sens. Pendant son séjour à l'Hôpital on chercha à le corriger de sa morphiomanie en lui pratiquant des injections d'apomorphine. On crut avoir réussi ; mais le succès fut imparfait, car le malade m'avoua que trompant ses gardiens il se pratiquait quelquefois des injections de morphine ; à sa sortie il retomba dans ses excès de morphine. Il ne poussa cependant jamais la dose très haut et ne dépassait guère cinq à six centigrammes au maximum dans les vingt-quatre heures.

Au mois de janvier 1885 la bourse séreuse du siège qui s'était bien guérie, s'enflamma de nouveau, il se forma une tumeur fluctuante qui ne tarda pas à devenir rouge et phlegmoneuse. Nous fîmes avec le Dr E. Martin de nouvelles ponctions; mais des phénomènes d'infection ne tardèrent pas à se manifester. Il se développa de la fièvre. Bientôt une ulcération étendue du derme et des fusées purulentes et W. succomba le 16 février 1885 avec une vaste escarre au sacrum ayant dénudé les os.

Autopsie.—L'autopsie fut pratiquée au domicile du malade trente heures environ après la mort, le cadavre avait déjà subi un degré de putréfaction assez avancé, surtout au niveau de la région dorsale, en sorte que l'autopsie ne put être que partielle. Je pus cependant enlever la moelle et quelques

nerfs. Je pris quelques lambeaux de peau, un des gros orteils et le nerf poplité correspondant, afin de comparer l'état des nerfs cutanés périphériques avec le tronc du poplité.

La *moelle épinière* durcie dans une solution étendue d'acide chronique est examinée soit à l'œil nu soit sur des coupes colorées au carmin et montées dans le baume du Canada.

Les *racines postérieures* offrent une atrophie prononcée dans toute la hauteur. Mais l'altération paraît être plus prononcée à la région lombaire et au niveau de la queue de cheval que dans les régions dorsales et cervicales. Ces racines ne sont pas examinées au microscope, mais sur la pièce durcie on voit très bien à l'œil nu l'atrophie prononcée qu'elles ont subi, elles sont très grêles et contrastent avec les racines antérieures qui sont saines.

Les *cordons postérieurs* sont sclérosés dans toute la hauteur de la moelle. L'altération est plus accusée dans les régions cervicale et dorsale que dans la région lombaire, elle va en décroissant de haut en bas.

Dans la région cervicale et dorsale supérieure la sclérose envahit les cordons postéro-internes et les cordons de Goll dans presque toute leur étendue, car elle s'étend en avant à une très petite distance de la commissure postérieure ; toute la partie postérieure du cordon est transformée en tissu conjonctif compact, fortement coloré par le carmin parsemé de corps amyloïdes et privé de tubes nerveux. La partie voisine de la commissure formant sur la coupe la pointe des cordons postérieurs contient seule quelques tubes nerveux.

Plus bas, c'est-à-dire dans la région dorsale supérieure et dans la région lombaire l'altération va en décroissant, et l'extrémité antérieure des cordons est moins altérée que plus haut.

Cela est contraire avec ce que présentent les racines qui sont plus altérées dans la partie inférieure que supérieure de la moelle.

Sur la coupe on voit la pie-mère épaissie et adhérente au niveau des parties scléreuses.

Les *cordons latéraux*, même dans le voisinage des cornes postérieures sont sains, il n'y a pas de sclérose combinée, l'altération étant bien limitée aux cordons postérieurs et aux racines.

La *substance grise*, est trouvée saine, les groupes de cellules des cornes antérieures ainsi que la colonne de Clarke n'offrent pas d'altération.

Le *cerveau* n'a pas été examiné.

Nerfs. Les nerfs *cutanés* du pied sont isolés au niveau du gros orteil ; je dissèque pour cela les nerfs collatéraux et les suis jusqu'à la couche profonde du derme. Cette opération a été très difficile vu la gracilité de ces nerfs.

Ces nerfs sont dissociés dans l'acide osmique à $^1/_{200}$ et traités au picro-carminate d'ammoniaque puis montés dans la glycérine. Ils offrent une altération très considérable. Ils sont réduits par place à leurs gaines qui apparaissent comme des fibrilles conjonctives munies de noyaux. Plu-

sieurs faisceaux sont complètement altérés, et réduits à leur gaine. Çà et là cependant on aperçoit dans le faisceau une ou deux fibres nerveuses tantôt saines, tantôt granuleuses à myéline fragmentée, dans d'autres cas des accumulations de granulations par place ; bref des fibres nerveuses à des degrés divers d'altération. Ces fibres disséminées dans les faisceaux à gaines vides de myéline sont utiles pour démontrer qu'il s'agit bien de tubes nerveux dégénérés et non simplement de tissu conjonctif. — Dans d'autres points les nerfs sont moins altérés et on trouve un plus grand nombre de tubes nerveux sains mélangés avec des tubes ayant subi divers degrés de dégénérescence et des gaines vides de myéline.

On constate aussi une grande prolifération nucléaire.

Le nerf *poplité* avait été enlevé afin de pouvoir le comparer aux nerfs périphériques. On y constate l'existence de nombreuses fibres altérées et ayant subi divers degrés d'altération ; depuis la simple fragmentation de la myéline, l'altération va jusqu'à la disparition complète de la myéline et la réduction à la gaine vide. L'altération y paraît en général moins avancée que dans les nerfs périphériques et il y a relativement fort peu de gaines vides.

A ce niveau j'ai trouvé un assez grand nombre de fibres variqueuses, à petit diamètre, cela dans toutes les préparations que j'ai faites à ce niveau. Ces fibres variqueuses ne se rencontraient pas dans les préparations des nerfs périphériques. Elles avaient l'aspect de fibres en voie de régénération. J'ai cependant conservé quelque doute à cet égard et j'hésite à les considérer comme des fibres en voie de régénération ou comme des fibres fines qui ont subi un certain degré d'altération cadavérique ; car, comme je l'ai dit, la putréfaction était assez avancée au moment de l'autopsie.

Il me reste par conséquent un doute à cet égard.

J'ai le regret de n'avoir pas examiné un plus grand nombre de nerfs et d'avoir dû laisser de côté soit l'examen des os, soit l'examen des viscères.

Cette observation quelque incomplète qu'elle soit me paraît offrir quelque intérêt, soit symptomatologique, soit anatomique, relativement à la question qui nous occupe.

Au point de vue symptomatologique, nous avons rencontré chez ce malade plusieurs particularités intéressantes.

L'ataxie, l'incoordination des mouvements était très prononcée dans les membres supérieurs, et cela dès le début de la maladie. Or, les lésions des cordons postérieurs se sont montrés plus accusées dans les régions médullaires supérieures que dans la région lombaire, et cependant les racines postérieures étaient, au contraire, plus altérées dans la région inférieure de la moelle.

Les troubles de la sensibilité étaient très accusés déjà depuis plusieurs années dans leurs divers modes. Cependant la sensibilité au froid paraissait mieux accusée que les autres, mieux en particulier que celle à la chaleur, puisqu'il arriva fréquemment au malade de se brûler sans s'en apercevoir aux boules d'eau chaude qu'il plaçait près de ses pieds. On sait que le prof. Herzen a cherché à démontrer récemment que les impressions du chaud et des douleurs passent par la substance grise, la sensibilité tactile et celle du froid par les cordons postérieurs. Mais notre cas ne peut être considéré comme faisant exception à la règle posée par Herzen, car chez notre malade, ces diverses altérations de la sensibilité trouvaient leur interprétation dans les névrites périphériques qui ont été constatées à l'autopsie.

Ce cas est une nouvelle confirmation de l'importance que, d'après les travaux que nous avons cités, il faut donner aux névrites périphériques dans l'interprétation des troubles de la sensibilité. Il est difficile de comprendre pourquoi les impressions du froid parurent mieux perçues que les autres.

Quant aux altérations trophiques, fracture des os onyxis, etc., il est bien probable que les altérations si prononcées des nerfs ont joué un rôle important dans leur production, quoiqu'il soit impossible d'affirmer la chose.

Il en est de même des troubles intestinaux et viscéraux si caractérisés dans cette observation, des hémorragies intestinales, de la bourse séreuse qui se développa au-devant du sacrum, et dont l'inflammation, pour la seconde fois, entraîna la mort du malade. Tous ces symptômes accessoires du tabes peuvent peut-être dépendre de névrites périphériques. Cette opinion ne peut être qu'une hypothèse; mais il est permis de se demander si l'on ne peut rapprocher dans cette observation ces symptômes, relativement exceptionnels du tabes, des névrites périphériques qui étaient très accusées chez notre malade.

Relativement à l'anatomie pathologique, ce cas nous a montré que, comme les auteurs l'ont décrit, les névrites sont plus accusées à la périphérie qu'au niveau des troncs nerveux. Dans le tronc du poplité, qui a été surtout examiné, des fibres nerveuses m'ont paru être en voie de régénération, sans que cependant j'aie pu, vu le degré de putréfaction du cadavre, arriver à une notion parfaitement précise à cet égard. J'ai dit que Pierret avait récemment signalé des cas dans lesquels les

nerfs lui avaient paru être en voie de régénération, ce que signalent aussi Pitres et Vaillard, sans donner toutefois une description de l'apparence de ces fibres considérées par eux comme régénérées.

Il est curieux de voir que les racines nerveuses étaient plus altérées dans la région inférieure de la moelle, à l'inverse des cordons postérieurs qui, au contraire, avaient subi une sclérose plus profonde à la partie supérieure.

Les lésions scléreuses ne se sont pas étendues cependant à la base du cerveau ni aux nerfs qui en émergent, puisque le malade a conservé jusqu'à la fin une intégrité parfaite des sens.

J'attire enfin l'attention sur la facilité avec laquelle des complications qui paraissent devoir être graves se sont guéries. C'est ainsi que les plaies produites par des brûlures, par des contusions violentes, par l'ablation des ongles, se sont rapidement cicatrisées sans accident; nous avons vu une énorme bourse séreuse développée au-devant du sacrum se recoller et se guérir spontanément après deux ponctions; des hémorragies intestinales graves ne pas entraîner la mort du malade; une fracture spontanée de l'humérus se consolider rapidement malgré qu'elle fût à peine maintenue et que le malade exécutât de violents mouvements et se servît de ce bras fracturé. Il est curieux aussi d'assister à l'innocuité de piqûres de morphine faites sans soin et souvent avec une seringue munie d'une aiguille déjà cassée ou qui se brisait dans la plaie, à l'innocuité de cathétérismes pratiqués sans précaution plusieurs fois par jour par le malade lui-même.

J'ai eu souvent l'occasion d'observer chez les ataxiques des faits analogues, et l'on serait tenté de penser que le tabes, malgré ses altérations nerveuses importantes, fournit une immunité plutôt qu'une aggravation à des complications qui seraient graves par elles-mêmes si elles étaient observées chez un individu bien portant.

Tels sont les points principaux sur lesquels il m'a paru intéressant d'attirer l'attention comme ressortissant de cette observation.

De quelques formes rares d'urticaire.

(Urticaire géante. Urticaire interne) ;

Par le Dr E. Rapin.

Il nous a été donné d'observer un certain nombre de cas d'enflures locales qui, si l'on en juge par la pauvreté de la littérature médicale sur le sujet, devraient être considérés comme des raretés pathologiques. Nous avons tout lieu de supposer cependant que cette prétendue rareté n'est qu'apparente et nous pensons qu'il aura suffi de signaler les faits qui ont attiré notre attention pour en voir surgir de tous côtés de pareils. Combien de phénomènes, méconnus ou incompris, deviennent d'observation banale une fois que nous avons appris à les voir et à les interpréter !

Comment classer un état morbide survenant chez des personnes bien portantes d'ailleurs et caractérisé par : une enflure circonscrite de la peau ; de grandeur variable, depuis celle d'une pièce de cinq francs à celle de la main et même davantage ; indolente, même à la pression qui, selon les cas, y laisse ou n'y laisse pas de marque ; accompagnée ou non de démangeaisons ; de coloration blanchâtre ou rosée, suivant le degré de tension ; se montrant indifféremment sur tous les points de la surface du corps ; tantôt unique, tantôt multiple ; disparaissant après une durée de quelques heures, d'un jour, de deux jours, sans laisser de traces et sans avoir notablement impressionné l'état général ; très sujette à la récidive qui souvent a lieu pendant des années ?

Notre opinion est que le tableau symptomatologique dont nous venons de faire l'exposé appartient à l'urticaire, mais, bien que l'expression d'une affection vulgaire, les curieux phénomènes qui font l'objet de cette étude s'éloignent assez du type classique de l'éruption ortiée pour déconcerter le clinicien et dérouter son diagnostic. Nous n'en voulons pour preuve que l'interprétation donnée à des faits exactement semblables aux nôtres par la plupart des médecins qui les ont observés. En général, ces tuméfactions de la peau ont été considérées par eux comme relevant de l'arthritisme ; ce sont, à leurs yeux, des *œdèmes rhumatismaux*, et il n'est pas question d'urticaire.

Nous apportons dans ce mémoire quelques faits d'observation

personnelle que nous rapprochons de ceux recueillis par nous dans diverses publications périodiques, avec l'espérance qu'il résultera de cet ensemble la connaissance d'une entité morbide à caractères suffisamment précis pour en assurer le dignostic.

Observ. I (personnelle). — Mme S. 35 ans ; réglée à 13 ans ; mariée à 29 ans ; pas d'enfants; fausse couche de deux mois ; a toujours joui d'une bonne santé en dehors des phénomènes que je vais décrire. Je lui ai donné des soins pour la première fois en 1873 et voici ce que je trouve dans mes notes à son sujet : Mlle C. (Mme S. n'était pas encore mariée) se plaint de deux sortes de maux représentés par des enflures locales et par des crises gastro-intestinales.

Elle avait 7 ou 8 ans lorsqu'elle commença à être atteinte d'une tuméfaction éphémère de la peau qui se répétait une ou plusieurs fois par mois sur un point quelconque de la surface du corps ; les extrémités des membres en ont été souvent le siège; les genoux sont toujours restés indemnes. La face a été prise partiellement, ainsi que les paupières, les lèvres. Cette enflure de la grandeur de la paume de la main commençait par un sentiment de tension, d'induration de la peau ; tout à fait indolente, elle s'accompagnait seulement de quelques fourmillements au bout des doigts lorsqu'elle occupait la main. Elle mettait une demi-journée pour arriver à son maximum d'intensité, restait stationnaire le même temps et décroissait ensuite graduellement. On crut d'abord à des piqûres d'insectes.

Les crises gastro-intestinales datent aussi de l'enfance. Elles se montraient en moyenne chaque semaine, affectant quelquefois, comme certaines migraines, une périodicité hebdomadaire : apparaissant, par exemple, tous les lundis ou tous les samedis. Elles commençaient par une légère douleur dans le ventre, quelquefois dans le dos, douleur qui allait en augmentant sans cependant arriver à un paroxysme insupportable. Des envies de vomir ne tardaient pas à se faire sentir, bientôt suivies de vomissements, surtout si la malade avait pris quelque chose ; aussi avait-elle soin de ne pas manger dès qu'elle soupçonnait l'apparition de la crise. Elle éprouvait en outre des éructations abondantes et des envies de dormir. Elle s'endormait même entre chaque vomissement. Pas de céphalagie. Ces crises duraient de 6 à 12 heures, après quoi tout rentrait dans l'ordre ; l'appétit reparaissait.

Les Drs Pélissier et Binet conseillèrent un traitement hydrothérapique. Le Dr Rilliet qui vit la malade une fois seulement, un jour qu'elle avait la main enflée, parla de rhumatismes et ordonna de l'huile de foie de morue. A la suite de ces divers moyens, les deux ordres de maux dont souffrait Mlle C. disparurent pendant quelques années, mais actuellement (1873), elle est retombée dans son ancien état depuis environ 18 mois. Les enflures et les crises gastro-intestinales, sans paraître en rapport direct, sans alterner régulièrement, coïncident quelquefois ou se succèdent de près, ce qui fait dire à la malade, dans ce dernier cas, que l'en-

flure lui est rentrée dans le ventre. Aucun de ces deux phénomènes n'est en corrélation avec les règles. Les troubles gastro-abdominaux durent plus longtemps lorsque la malade n'observe pas la précaution de se coucher immédiatement à leur apparition ou qu'elle vient de prendre un peu de nourriture. Ils n'ont jamais été suivis d'ictère et la douleur qu'ils provoquent n'est pas assez vive pour faire songer à des coliques hépatiques.

A dater de cette époque, nous ne voyons Mlle C. qu'à de longs intervalles. Elle se marie en 1880. Elle nous fait appeler un jour pendant sa grossesse : l'enflure s'était montrée à la gorge et la malade, ayant grand-peine à avaler, craignait d'étouffer. A notre arrivée les accidents avaient disparu. Elle nous dit que depuis qu'elle était enceinte la figure était souvent enflée et que la pression du doigt y laissait son empreinte.

État de Mme S. en janvier 1885. Les enflures et les crises abdominales sont à peu près aussi fréquentes qu'autrefois. L'enflure commence par un petit point d'induration qui s'étend rapidement sur une grande surface. Elle se montre quelquefois autour du cou ; elle commence alors par la nuque et envahit les faces latérales, de sorte que le cou enfle dans tout son pourtour jusqu'aux épaules. La raideur empêche les mouvements de la tête ; la douleur est très modérée. Mais il y a de la difficulté à respirer, du tirage même et, ce qui surtout est pénible, de la dysphagie, particulièrement en buvant ; la voix est rauque. Cet état évolue en un jour ou deux. C'est en général dans la nuit que la crise est à son apogée. Il semble que la scène se termine par une descente de l'enflure vers l'estomac ; la malade éprouve alors nettement la sensation d'un gonflement intérieur, d'une plénitude comme s'il y avait moins de place pour les aliments. La langue n'a jamais été prise ; les lèvres rarement.

Quelquefois les crises gastriques ont une physionomie un peu différente : En même temps que le malaise au creux de l'estomac, il y a des menaces de défaillance, des bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue ; puis au bout de quelques minutes : vomissements, gargouillements, diarrhée accompagnée de sueurs froides. Pas de crampes, pas de douleurs vives.

C'est aux extrémités que l'enflure se montre le plus souvent. Aux membres supérieurs elle commence dans la région du pouce, envahit toute la main et s'avance parfois jusqu'à l'épaule. Au pied, l'enflure débute sous le métatarse. Les deux pieds ou les deux mains peuvent être pris en même temps, mais en général l'œdème est unilatéral. La peau des parties enflées paraît plus blanche, comme morte, dit la malade. La coloration est partout uniforme, pas d'îlots, pas de plaques séparées comme dans l'urticaire commune. J'ai dit qu'il n'y avait pas non plus de démangeaisons. La région enflée est seulement un peu sensible au toucher, surtout dans l'effleurement. Cette sensibilité persiste quelque peu après le dégonflement, comme s'il y avait eu une sorte de meurtrissure des tissus.

Ces œdèmes ont été souvent des mois sans reparaître. Malgré la fatigue qu'elle éprouva, l'an dernier, auprès de son mari atteint de fièvre typhoïde, Mme S. constata à ce moment-là une grande amélioration dans son état.

Le régime, attentivement surveillé, ces deux sortes de crises. Mme S mang de l'huile de foie de morue ne l'indisp accusée de provoquer quelquefois une é sa table.

Lorsqu'on gratte la peau de Mme S. mousse, on ne détermine point d'*urtic*

Le père de Mme S. est mort subite veuse, est morte à 63 ans d'une pleure

L'état morbide dont nous veno est, on le voit, des plus intéress reconnaître dans ces œdèmes épi caire? Le tableau des crises gastı pas, avec ses menaces de défail l'empoisonnement par les moules générateurs de l'urticaire?

Ce qui augmente encore l'intér la propagation de la tuméfaction : là un cas d'*urticaire interne* do d'autres exemples probants.

Si la conviction n'est pas faite espérons, au moins, que la conna vantes dissipera entièrement ses

Il résulte de nos recherches bib grandes plaques n'a guère été d que nous cherchions un nom à don et qu'il nous semblait que celui d' la physionomie de ce phénomène couverte d'une communication d *Journ.* [2], dans laquelle des faits nôtres sont désignés sous le nom

Cette affection est rare, dit Milt plus compétents de l'Angleterre la nature de l'éruption : Robert goutteuse et Brodie a réservé son

Nous donnons ici le résumé de ton :

[1] Nous en avons observé un beau cas che ratoire de M. le prof. Schiff.

[2] P. 513. Decembre 1876 et *Revue des sc.*

Observ. II. — Homme de 34 ans, ayant déjà eu des attaques de névralgie et de l'eczéma. Le gonflement se montra d'abord à la racine de la cuisse droite, au-dessous du ligament de Fallope : il était dur, indolent, et se présentait sous la forme d'une plaque assez pâle, de 3 pouces de diamètre. Ce gonflement dura 3 jours et disparut spontanément ; mais le lendemain un placard analogue se montra au-dessous de la crête iliaque du côté gauche : il avait 6 pouces de long et formait une élevure de 2 centimètres au-dessus de la peau environnante. Au bout de 48 heures, cette élevure commença à diminuer et elle disparut le 4me jour, en même temps que se montraient de nouvelles plaques aux jambes, à la hanche et au voisinage des crêtes iliaques. Pendant 3 semaines, ces singuliers phénomènes se succédèrent, toujours limités au bassin et à la cuisse gauche. Quatre mois plus tard, la face fut prise à son tour ; au voisinage des paupières, des narines et sur les lèvres, de pareilles plaques se produisirent ; trois fois la gorge devint le siège d'un gonflement du même genre, avec menaces de suffocation. Les plaques étaient bien circonscrites, et se détachaient nettement du reste des téguments. Elles étaient dures et donnaient au doigt la sensation d'un muscle en contraction. Jamais elles n'étaient douloureuses à la pression ; rarement elles s'accompagnaient de vascularisation exagérée de la peau.

La santé générale se maintint parfaite, mais l'éruption résista à toutes les médications internes ou locales, telles que bains de vapeur, fomentations chaudes, etc. Il paraît y avoir une rémission dans les symptômes à la suite de l'administration de l'iodure de potassium (35 centigr. 3 fois par jour).

Observ. III. — Homme jeune encore, non goutteux, qui fut pris d'un mal de gorge tenace avec gonflement considérable des amygdales et du voile du palais. La signification de cette angine ne fut reconnue que quand apparut une éruption confluente d'urticaire, laquelle donna lieu à des alternatives de manifestations sur la peau et sur la muqueuse buccale.

Nous retrouverons plus loin une troisième observation de Milton.

Passons maintenant à un fait observé par nous ; il est remarquable par l'étendue et le relief des plaques :

Observ. IV (personnelle). — M. Ch. 46 ans, horloger, jouit actuellement d'une belle santé. Il n'en fut pas toujours ainsi ; les phénomènes qui nous intéressent chez lui remontent à une quinzaine d'années. Il vint nous consulter à cette époque-là pour une affection dont il souffrait depuis longtemps. La première fois qu'il se présenta à notre observation, ses mains étaient, depuis la veille, le siège d'une enflure considérable et rappelaient par leur forme les gants rembourrés dont on fait usage dans les salles d'armes. La peau offrait une coloration rose, partout égale. Les téguments

étaient tendus, un peu élastiques, mais gardant cependant l'impression du doigt apres une pression un peu prolongée. Les doigts ne pouvaient être fermés. L'enflure se terminait au poignet, en mourant insensiblement. Les démangeaisons étaient vives.

Voici ce que me raconta le malade sur ses antécédents : Assistant à un banquet — il en a oublié le menu — où il avait applaudi plusieurs orateurs en battant force bans, il remarqua qu'il se développait à la main gauche une petite plaque rouge et enflee qui lui causait de vives démangeaisons Supposant que les bans étaient peut-être pour quelque chose dans son etat, il se borna à un simulacre d'applaudissements. Mais l'enflure et les demangeaisons ne faisant qu'augmenter, il rentra chez lui.

Le lendemain le membre gauche avait pris des proportions considérables : l'enflure s'étendait uniformement jusqu'à l'épaule. M. Ch. craignit d'avoir eté pique par une mouche. La tumefaction du bras ne disparut qu'au bout de trois jours.

A dater de cet accident, l'enflure, toujours dans d'énormes proportions, se manifesta de temps à autre, occupant indistinctement toutes les régions du corps et se dissipant spontanément au bout de 3 ou 4 jours. Quand elle siegeait à l'un des pieds — les deux pieds étaient pris quelquefois en même temps — le malade ne pouvait se chausser. D'autres fois une fesse seule était enflee; la position assise était alors impossible, à moins de caler le bassin avec un coussin destiné à remplir le vide créé par l'exhaussement de la fesse M. Ch. prétend que, lorsque l'enflure envahissait les parties génitales, la verge atteignait les proportions du bras et que le scrotum égalait le volume d'une tête d'adulte.

L'état général se ressentait de ces crises : il y avait alors un peu de fièvre et d'inappetence. Le travail n'etait guère possible. Les accalmies duraient quelques jours, mais ne se prolongeaient jamais au delà d'une quinzaine.

Cet état, assurément des plus penibles, dura trois ans. Les crises disparurent à la suite d'un traitement par les purgatifs salins et l'eau mère des salines de Bex. M. Ch., ne conserve plus aujourd'hui de ses maux passés qu'une petite plaque d'urticaire qui de temps à autre apparait sous un œil. Jamais chez ce malade l'urticaire ne s'est montrée sous sa forme vulgaire; elle n'a jamais non plus envahi les muqueuses. Cependant un jour, longtemps après sa guérison, M. Ch. nous consulta pour une inflammation de la muqueuse buccale, qui était rouge vif et quelque peu enflée. Je l'attribuai à des écrevisses dont il avait mangé une certaine quantité plusieurs jours de suite. Avant sa maladie, l'usage des moules, des poissons de mer ne lui occasionnait jamais aucun malaise. Les bains froids sont chez lui également sans action fâcheuse sur la peau.

M. Ch. n'est pas rhumatisant; une fois seulement il a éprouvé une douleur durant quelques jours à l'épaule. Il n'est pas non plus sujet à la migraine. Sa mère, par contre, est migraineuse à un haut degré. Nous insistons à dessein sur cette particularité de l'ascendance.

Nous avons là un beau spécimen d'*urticaire géante*. Le diagnostic découle tout naturellement de l'ensemble des faits, mais peut-être paraîtrait-il plus obscur si le lecteur n'eût été prévenu et instruit d'avance par le titre de ce mémoire. Aux yeux des divers médecins auxquels M. Ch. exposa successivement le tableau de ses souffrances, le problème devait être, sans doute, moins facile à résoudre, car aucun d'eux ne prononça le mot d'*urticaire*. L'un de ces confrères, appelé à formuler une opinion, dans un certificat pour service militaire, se contenta du diagnostic *exanthème*.

Nous rapprochons de l'observation précédente un cas à peu près semblable quant à la localisation de l'urticaire géante sur les parties génitales. Le Dr Salle le décrit sous le nom d'*œdème circonscrit arthritique*[1]. Il présente ce point intéressant que l'urticaire à côté de sa forme géante y a apposé sa signature sous sa forme vulgaire. Mais, chose surprenante, le Dr Salle ne paraît pas considérer ces deux variétés de manifestations cutanées comme l'expression d'une seule et même maladie.

Observ. V. — J'ai eu l'occasion, dit le Dr Salle, d'observer tout dernièrement sur un officier supérieur âgé de 49 à 50 ans, un cas bien singulier d'*œdème circonscrit*, se rapprochant de celui communiqué en 1881, par M. le Dr Chauvet (de Royat) à la Société médicale des Hôpitaux [2].

Cet officier, d'une taille et d'une corpulence au-dessus de la moyenne, est d'une santé habituelle relativement bonne, et présente seulement divers troubles qui me permettent de le classer parmi les arthritiques.

L'œdème localisé apparaît à des intervalles très irréguliers et très longs, tellement qu'il ne s'est présenté que 4 fois en 25 ans. Mais il offre ce caractère singulier de n'occuper jamais que la verge et les bourses. Une seule fois il y a eu, en même temps que ce dernier, une infiltration séreuse périmalléolaire et de la nuque.

... Cette tuméfaction se produit rapidement, sans douleur, sans retentissement sur l'état général ; elle dure de 24 à 36 heures, et pendant la période d'état le malade n'éprouve d'autre inconvénient que celui produit par la gêne d'un scrotum qui atteint quelquefois le volume d'une tête d'enfant, et d'une verge qui a pu avoir jusqu'à 5 centimètres de diamètre.

L'œdème disparaît, comme il vient, rapidement, et sans laisser aucune trace après lui.

[1] *Journal de méd. et de chir. prat.* Novembre 1885.

[2] Le cas auquel le Dr Salle fait allusion est simplement une *urticaire* désignée à tort, selon nous, sous le nom d'*œdèmes éphémères de nature arthritique*. Nous le retrouverons plus loin.

... Il est encore un point curieux dans cette histoire. Jusqu'au 6 octobre dernier, cet officier avait eu cinq ou six éruptions d'*urticaire généralisée*, sans qu'il puisse les attribuer soit à une ingestion alimentaire ou médicamenteuse, soit à une cause quelconque. Or, il y a quatre jours, le matin en se réveillant, son attention fut attirée par l'œdème scroto-pénien dont j'ai parlé tout à l'heure. Puis, quelques instants après, il remarqua sur tout son corps une éruption d'urticaire, confluente surtout aux avant-bras et à la partie interne des cuisses.

Cette éruption s'était installée sans tapage et ne donnait lieu qu'à de faibles démangeaisons ; l'appétit était bon : en un mot, on n'observait aucun des signes généraux qui accompagnent d'habitude cette manifestation éruptive.

Le lendemain, sans aucun traitement, l'urticaire avait suivi la marche régressive de l'œdème, et ne laissait pour tout souvenir qu'un semis de taches rougeâtres qui ne tardait pas à disparaître, lui aussi.

... Je pense que cette forme spéciale d'urticaire doit être mise aussi au compte de l'arthritisme, en raison de ses apparitions, d'abord isolées et alternant avec celle de l'œdème localisé, et puisque j'ai eu la bonne fortune de pouvoir les observer, cette fois-ci. dans leur manifestation simultanée.

Le Dr Salle, en ne reconnaissant pas l'urticaire dans l'*œdème circonscrit* qu'il avait sous les yeux, cédait à une prévention de l'esprit, provenant d'une discussion à la Société médicale des Hôpitaux, à l'occasion d'un travail de Féréol sur les *nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques* et d'une communication de Troisier sur les *nodosités rhumatismales sous cutanées.*

Les *nodosités cutanées,* décrites par Féréol, ont été observées pendant de longues années chez une dame qui en a été atteinte un grand nombre de fois. Ce sont des tumeurs essentiellement fugitives situées dans l'épaisseur de la peau du front ; elles apparaissent soudainement et disparaissent de même, n'entraînent pas de changement de coloration à la peau et sont indolentes.

Féréol n'en a vu aucune sur les membres, bien qu'une malade lui eût affirmé qu'elle en avait eu sur les mains en même temps qu'au front. Quelquefois la tumeur se déplaçait spontanément dans la journée ; s'il avait constaté le matin sa présence près de la racine des cheveux, le soir elle était descendue vers le milieu du front.

« Vu leur excessive fugacité, » dit Féréol, « je les ai rapprochées des œdèmes ne trouvant rien d'ailleurs dans les auteurs que je pusse leur comparer, je les ai baptisées, non sans quel-

que scrupule : *Nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques.* »..... « Je ne suis pas bien sûr d'ailleurs, à mon grand regret, que personne autre que moi ait vu le petit phénomène morbide assez singulier qui m'est tombé sous les yeux. Teissier ainsi qu'Olive, ont cependant donné l'assurance au Congrès de Paris, qu'ils avaient vu des faits entièrement semblables aux miens ; j'en ai été fort heureux, mais depuis lors il n'en a plus été question. Il est vrai qu'il s'agit là d'un phénomène si léger, si fugitif, qu'il peut échapper très bien, même à ceux qu'il atteint. Si l'on s'en aperçoit, on croit avoir reçu quelque léger coup : le lendemain tout a disparu. Quelle importance attacher à cela, et comment déranger un médecin pour si peu ?

« Cependant depuis 1878, j'ai encore vu un cas absolument semblable à ceux que j'ai décrits. C'est chez une dame de ma clientèle, que je connais depuis fort longtemps ; et celle-ci est encore fort sujette aux migraines, ce qui fait que j'ai toujours une certaine tendance à croire qu'il peut y avoir une certaine relation entre les deux phénomènes.

« Je ne veux rien dire de plus sur un sujet si limité et si mal connu encore ; je n'en aurais rien dit même, si je ne pensais qu'en médecine il n'y a pas de petites observations et que les plus insignifiantes en apparence peuvent avoir plus de portée qu'on ne le croit [1]. »

Dans la séance du 23 novembre 1883 de la Société médicale des Hôpitaux, Féréol communique une lettre du Dr Fritz de l'Isle-Adam, relative à un cas nouveau de nodosités rhumatismales éphémères :

Observ. VI. — Il s'agit d'une femme de 28 ans, atteinte à plusieurs reprises de poussée de rhumatisme articulaire, et qui présente une tuméfaction subite de la lèvre inférieure, sans cause connue ; cette tuméfaction avait disparu le lendemain pour se montrer au niveau du front, et le surlendemain sur l'épaule droite. Pendant tout le mois il n'y eut que bien peu de jours où une tuméfaction semblable ne se montrât pas en quelque point du corps, principalement aux lèvres, à l'épaule droite et autour de la taille. Du volume d'une noisette à celui d'une noix, cette tuméfaction circonscrite formait une plaque épaisse, peu mobile, indolore, sans changement de couleur à la peau ; elle conservait l'empreinte formée par la pression du doigt el devenait le siège de quelques démangeaisons lorsqu'on exerçait des frictions à son niveau.

[1] *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 1045 et *Soc. méd. des hôpitaux.*

Le Dr Fritz se demande s'il s'agit de quelq
tismale analogue à celle que Féréol a étudie
pas voir là simplement une forme un peu anc
tubéreuse. Féréol est d'avis que l'absence d
spontanées et la rapidité de l'évolution doi
l'hypothèse d'urticaire tubéreuse ; celle-ci, d
fugace. D'autre part les nodosités que lui-m
gardant pas l'empreinte du doigt, les tumé
par le Dr Fritz seraient donc, selon Féréol,
riété, une variété nouvelle d'éruption rhumat

Millard croit au contraire à un cas d'ur
Nous partageons entièrement son avis. Nous s
que les nodosités dont il vient d'être questi
par Féréol aussi bien que celles relatées pa
autant de manifestations de l'urticaire et
avec le rhumatisme. L'urticaire n'est pas fo
tion toujours prurigineuse. Chez quelques pe
nous venons de le constater, elle ne cause p
sons ou, tout au moins, les excite fort peu. L'e
à la pression peut manquer également ou ê
quée. Et quant à la fugacité de l'éruption, el
l'urticaire et contribuerait plutôt à en affirme

L'observation de Féréol, relative à la corré
exister entre la migraine et les *nodosités é*
arthritiques, mérite, croyons-nous, d'être n
plupart de nos malades ne fussent pas suj
tous, sauf un seul, étaient issus de migraineu

Il est donc rationnel de se demander s'il
diathésique commun à la migraine et à l'urti
ici l'influence de l'arthritis ? Tout dépend d
donne à ce terme, car l'arthritis, telle que Ba
est une construction artificielle qui tombe e
par arthritis, on entendait désigner le rhum
spécialement, l'examen de nos malades ne no
d'adopter cette manière de voir, aucun d'eu
ne s'étant montré, à proprement parler, rhu

Il est une catégorie de tuméfactions de la
franchement du rhumatisme. Elles ont été très bien décrites par Troisier qui leur a donné le nom de *nodosités rhumatismales sous-cutanées*[1]. Leur situation sous la peau, leur adhérence

[1] *Progrès médical.* 1884, p. 3.

apparente au périoste ou au tendon sous-jacent, leur durée enfin, suffisent à les différencier des tuméfactions cutanées éphémères que nous croyons pouvoir classer sous le chef *urticaire*[1].

Lorsque l'éruption ortiée est fruste, c'est-à-dire représentée seulement par une plaque géante unique, le diagnostic est moins assuré. Il pourrait arriver, par exemple, que l'on confondit cet œdème circonscrit avec celui que détermine la piqûre d'un insecte. Cependant la rapidité de son évolution et l'absence de douleur feraient penser plus spécialement à l'urticaire. La réapparition du phénomène achèverait la levée de tous les doutes.

Observ. VII. (personnelle). — Mme D., 35 ans, bien portante d'habitude, éprouvait un jour une certaine raideur dans les mouvements du cou, sans y prendre bien garde, lorsqu'un membre de sa famille lui fit observer le volume qu'avait pris son cou en peu d'instants. Elle constata, en effet, que son cou avait beaucoup grossi dans tous ses diamètres, et cela sans changement de coloration de la peau et sans démangeaisons. Ce gonflement dura toute la journée.

Mme D., bien que peu impressionnable, d'ordinaire, avait eu la veille, pour la première fois de sa vie, une crise nerveuse causée par une vive émotion.

Le même phénomène s'est répété deux fois encore dans le courant de cette année, mais avec accompagnement de douleurs vives dues à la tension des téguments et sensation d'étouffement. Toujours absence de démangeaisons. Cette enflure qui dura en tout deux heures ne coïncida jamais avec le moment des règles.

Mme D. n'a jamais eu d'urticaire, ni de rhumatisme, mais elle est sujette aux migraines, ainsi que son père, sa mère et son frère.

Nous ne savons de l'état ci-dessus que ce que Mme D. nous en a dit, n'ayant rien constaté par nous-même. Il paraît avoir eu beaucoup de rapports avec les enflures cervicales de Mme S. (Observ. I). Il se pourrait que cette tuméfaction du cou, qui s'est reproduite trois fois dans l'espace d'une année, ait eu

[1] Nous connaissons les *nodosités rhumatismales* pour les avoir rencontrées quelquefois dans la pratique. Nous nous rappelons, entre autres, un vieux monsieur, maigre, au nez crochu, dont les bosses frontales et les arcades sourcilières firent pendant quelque temps une saillie assez prononcée pour lui donner un air méphistophélétique des plus curieux. Nous avons remarqué encore ces nodosités au poignet, sur le radius, chez des sujets rhumatisants. Nous en avons vu également en 1883, à Paris, dans le service du professeur Fournier, sur un malade qui en portait deux au-dessous du genou.

pour cause déterminante la crise nerveus
mière apparition de l'enflure.

L'urticaire se montre quelquefois à la s
les subites, la crainte, la colère, étiolog
prenant dans une affection dont le mécan
une modification de la vaso-motricité. E
supposer que, chez une personne prédis
fois mise en branle par la crise nerveuse.
à reparaître sous l'influence de causes fu
sir ? Il se passerait dans ce cas ce que l'o
vidus qui ne peuvent manger des moules
phénomènes ortiés, tandis que, autrefois
sommer toujours impunément.

Speculum pour opérat

Par le Dr F. Ferrière

Il existe un nombre considérale de s
mais il n'en est guère qui soient commod
portant sur le col de l'utérus ou sur les p

Le Dr Lebedeff, de Saint-Pétersbour
ques années dans les *Archiv fur Gyna*
avec planche, d'un speculum à opératio
est fort ingénieuse, mais qui ne perme
limitée des valves et des écarteurs, de
de cas il se trouve insuffisant.

L'instrument que nous représentons ic
de ce speculum ; il répond à une indic
croyons qu'il n'a été satisfait jusqu'ic
incomplète, celle de pouvoir *réduire à*
nombre des aides dans un grand nombre
logiques.

On appréciera l'utilité de ce fait si
sieurs de ces opérations, même parmi
presque impossibles dans la *clientèle p*
mise en scène nécessaire à leur exécutio
souvent très difficile de pratiquer le pl
sur les parois vaginales, ou sur le col, sa
ou trois aides dont l'unique fonction est

tenir en place les valves et les écarteurs nécessaires pour mettre en vue le champ opératoire. Il en résulte que nombre de cas gynécologiques qui exigeraient une intervention chirurgicale sont abandonnés ou traités d'une manière insuffisante, les malades redoutant l'admission dans une clinique ou l'opération à grand orchestre dans leur domicile. Si ce fait n'est pas rare en ville, il est plus fréquent encore à la campagne où le chirurgien ne peut que difficilement se procurer des aides qualifiés pour des opérations de ce genre. Et pourtant combien il est de cas fort simples à opérer qui peuvent échapper à ces complications si l'on dispose d'un instrument approprié, pouvant remplacer des mains plus ou moins passives.

Nous croyons avoir réussi, au moyen de notre speculum, à satisfaire jusqu'à un certain point à cette indication. Il va sans dire du reste que nous n'avons pas la prétention de vouloir supprimer les aides, dans toutes les opérations portant sur le col ou sur les parois vaginales; l'assistance intelligente de mains exercées est et restera dans beaucoup de cas préférable à toute espèce de speculum; notre seul but a été de réunir en un seul instrument les diverses valves et écarteurs libres employés généralement (Sims, Simon), et rendre ainsi plus ou moins inutile ce genre-là d'assistance, rien de plus. Au médecin du reste de juger s'il peut opérer seul ou si le cas exige le concours d'un ou de plusieurs aides.

Il va sans dire, d'autre part, qu'un instrument d'un maniement forcément un peu compliqué, puisqu'il doit être à même de répondre à des indications diverses, ne convient que dans des cas exceptionnels au simple examen gynécologique, pour lequel le chirurgien dispose de speculums en général très suffisants; l'adaptation de ce speculum un peu plus lente que celle des autres instruments de ce genre, serait donc critiquée à tort, car lorsqu'il s'agit d'opérations où le temps n'est point une question vitale, deux ou trois minutes de plus pèsent moins dans la balance que deux ou trois aides de plus; une simple inspection de l'instrument suffit du reste à prouver que son maniement ne présente pas la moindre difficulté pour l'opérateur, ni la moindre gêne ou souffrance pour la malade.

Les figures ci-dessous nous dispenseront d'une description détaillée du speculum. Il se compose (voy. fig. 1) de deux valves larges pour les parois vaginales antérieure et postérieure, et de deux écarteurs latéraux étroits. Les premières sont fixées par

des écrous à des branches coudées en communication avec une poignée qui, en tournant sur son axe, produit l'écartement des valves. Les écarteurs latéraux sont fixés à une sorte de pince dont les branches s'ouvrent au moyen d'une vis de pression. Une double coulisse fixée à chacune des branches de la pince permet de régler la hauteur des écarteurs et leur longueur, autrement dit le degré de leur introduction et leur position sur les parois vaginales ; ils sont fixés dans cette position au moyen d'un écrou. Ajoutons en outre que les valves supérieure et inférieure sont munies d'une charnière et d'une vis de pression pour régler leur basculement antéro-postérieur, autrement dit pour écarter l'extrémité des valves en rapport avec le fond du canal vaginal.

Fig. 1.

Les quatre valves de l'instrument peuvent être placées et solidement fixées dans toutes les positions requises pour les opérations indiquées ; elles peuvent en outre être enlevées et remplacées, suivant les besoins, par des valves plus ou moins longues, plus ou moins larges, pleines ou fenêtrées. Aussi est-il important lorsque l'on doit obtenir une dilatation considérable, d'appliquer des valves courtes, l'utérus s'abaissant considérablement par la dilatation vaginale et refoulant ainsi l'instrument en dehors, ce qui, sans cette précaution, gênerait l'opérateur et rendrait l'instrument trop mobile.

Les valves peuvent être combinées, d'autre part, suivant les besoins, en speculum quadrivalve, trivalve ou bivalve, vu que l'enlèvement d'une des valves ou des deux écarteurs ne change en rien le fonctionnement de l'instrument.

Pour appliquer l'instrument avec ses quatre valves, on rapproche l'une de l'autre les valves supérieure et inférieure et l'on retire légèrement en dehors les écarteurs latéraux de manière à ce qu'ils viennent se loger par leur extrémité entre les valves. Le speculum se trouve ainsi complètement fermé et s'introduit comme le speculum de Cusco, dont il ne dépasse, sous cette forme, les dimensions ni à l'extrémité des valves, ni à leur origine.

Une fois introduit, on tourne la poignée sur elle-même de trois à quatre tours pour écarter dans leur ensemble l'une de l'autre les valves supérieure et inférieure, puis on règle l'écartement des parties profondes au moyen des vis de pression indiquées plus haut, en commençant par la valve inférieure qui possède un mécanisme de basculement moins puissant que la valve supérieure. Si l'on veut obtenir une dilatation considérable à l'orifice, on commencera même, pour plus de facilité, par l'écartement des parties profondes avant de dilater beaucoup l'orifice au moyen de la rotation de la poignée. Ajoutons qne cette dernière doit être placée d'emblée complètement sur le côté et arrêtée dans cette position, (en serrant les écrous qui la fixent aux valves), de manière à ne pas gêner les mouvements de l'opérateur.

L'écartement des valves obtenu, on fait glisser les écarteurs latéraux à la hauteur voulue sur les branches de la pince, on les introduit de même à la profondeur voulue, on les fixe dans cette position et l'on écarte les branches de la pince, au moyen de la vis de pression, d'autant qu'on veut produire l'écartement dans le sens latéral. Pour satisfaire à l'indication d'un écartement plus grand à la partie profonde qu'à l'orifice, les écarteurs sont légèrement coudés en dehors à leur partie médiane.

Il va sans dire que l'on peut modérer cet écartement des parties profondes autant que l'on veut, soit en diminuant le pivotement des valves, soit en employant des écarteurs plus ou moins coudés ou même droits.

De cette manière la dilatation vaginale soit à l'orifice, soit au fond peut être adaptée aux exigences de chaque cas, depuis une dilatation très modérée, analogue à celle du Cusco par exemple, jusqu'à un écartement maximum pouvant atteindre, si l'on veut, à peu de chose près les diamètres de la tête d'un enfant à terme, dilatation à laquelle on n'aura naturellement guère recours.

Le speculum ainsi monté avec ses quatre valves co
quement aux opérations portant sur le col ou sur l
l'utérus. Pour pouvoir opérer sur les parois vagin
nécessaire d'en faire un *speculum trivalve*.

Dans ce but on peut enlever soit la valve inf
conservant la valve supérieure et les écarteurs latér
l'indique la fig. 2,

Fig 2.

soit la valve supérieure, en conservant la valve infér
écarteurs; dans ce cas l'on fixe le manche d'une aut
comme l'indique la fig. 3, ou bien on le laisse tout
côté, ce qui a l'avantage de rendre l'instrument très

Fig. 3.

Dans ces différentes combinaisons on peut placer l'instrument dans un sens ou dans l'autre et opérer ainsi sur la paroi vaginale antérieure ou postérieure.

La disposition indiquée dans la fig. 3 convient dans les cas où l'on veut obtenir une pression de l'ensemble de l'instrument dans un sens déterminé, ce qui est quelquefois nécessaire dans les opérations de fistules et dans certains avivements; elle exige naturellement l'assistance d'un aide pour tenir le manche de l'instrument.

Ajoutons en terminant que, dans les dispositions des fig. 1 et 2, le poids de l'instrument peut quelquefois constituer une gêne pour l'opérateur en abaissant vers l'orifice la direction du canal vaginal; si l'on ne peut suppléer à cet inconvénient par la position de la malade ou l'arrangement du fauteuil opératoire, on aura recours à une attache fixée à la branche supérieure du manche de l'appareil et passée autour d'une des cuisses de la malade, ce qui soulève l'instrument et le fixe au niveau voulu.

Nous nous servons de ce speculum depuis plusieurs années déjà et il nous a rendu de nombreux services; toutefois, comme nous l'avons dit plus haut, nous ne songeons nullement à le mettre sur le même pied d'utilité que le secours de mains exercées. Il ne trouvera donc pas sa place dans les cliniques où l'on a mieux en fait d'assistance, mais pourra être employé avantageusement dans le cabinet du médecin et au domicile des malades où il dispensera quelquefois de la nécessité de se procurer des aides souvent difficiles à trouver et presque toujours désagréables aux malades. C'est donc uniquement pour leur *clientèle privée* que nous nous hasardons de recommander à nos confrères l'instrument qui vient d'être décrit.

Nous ne terminerons pas cette petite notice sans mentionner l'utile secours que nous a prêté M. Demaurex, fabricant d'instruments de chirurgie, à Genève, dans la conception et la mise à exécution de cet instrument.

Note sur l'auscultation simultanée des cœurs des deux fœtus dans la grossesse gémellaire,

Par le Dr A. Mayor.

Dans la grossesse gémellaire, il arrive parfois que l'auscultation des cœurs des deux fœtus ne donne pas des résultats parfaitement nets au point de vue du diagnostic. On trouve bien deux centres de battements, mais il est impossible de déterminer si ces deux centres sont indépendants l'un de l'autre, ou s'il ne s'agit que du retentissement à distance des bruits du cœur d'un fœtus unique.

On donne, dans ce cas, le conseil de noter le nombre des battements du cœur pour chaque centre. Et il arrive fréquemment, en effet, que l'un des chiffres soit notablement supérieur à l'autre ; mais ces auscultations successives ne laissent pas toujours dans l'esprit une certitude absolue.

Il serait donc infiniment préférable d'ausculter simultanément les cœurs des deux fœtus. C'est ce que j'ai tenté de faire dans un cas de grossesse gémellaire que j'ai eu l'occasion d'observer en juin 1883 ; cela, du reste, dans un but d'étude seulement, car le diagnostic n'était nullement douteux. On rencontrait en effet, dans l'excavation, une tête en occipito-iliaque gauche, à laquelle correspondait un siège dans l'hypochondre gauche. D'autre part, dans la fosse iliaque droite, une seconde tête appartenait à un enfant dont le siège se percevait un peu à droite de celui du premier fœtus. Les troncs des deux enfants étaient difficiles à sentir, mais l'auscultation faisait percevoir un centre de battements au-dessus du ligament de Fallope gauche, et un deuxième centre un peu à droite de l'ombilic, à quatre travers de doigts de cette cicatrice. Malheureusement les instruments que j'employai le 10 juin étaient assez imparfaits pour le but que je me proposais. C'étaient deux stéthoscopes simples de Constantin Paul, de sorte que, bien que j'eusse reconnu le phénomène que je décrirai tout à l'heure, je ne pus l'étudier suffisamment. J'eus alors l'idée de me servir de deux stéthoscopes à ventouse de C. Paul. Sur chacun des centres de battements, devait se fixer l'une des ventouses. Puis, une fois les instruments appliqués, je comptais prendre l'un des tubes du premier appareil dans l'oreille gauche, et l'un des

tubes du deuxième appareil dans l'oreille droite. Mais l'un des fœtus ayant fait une légère évolution, le second centre de battements avait disparu, à tel point que je crus à la mort de l'un des enfants. Cette crainte était illusoire, car, le 27 juin, je pus, pour la première fois, mettre mon projet à exécution d'une façon complète, et, le 26 juillet, après une perte de liquide aqueux qui soulagea beaucoup la patiente, je pus étudier avec facilité le phénomène que fait percevoir l'auscultation pratiquée simultanément sur les cœurs des deux fœtus.

J'entendis d'abord les doubles battements d'un cœur avec une netteté parfaite, puis ces bruits devinrent de moins en moins nets; ils paraissaient s'éloigner; tout à coup ils furent remplacés par une sorte de roulement dans lequel il était impossible de rien distinguer clairement. Bientôt, à ce roulement, succédèrent les bruits d'un cœur fœtal, d'abord un peu éloignés, puis se rapprochant de plus en plus, jusqu'à éclater, pour ainsi dire, sous l'oreille, pour s'éloigner de nouveau et se perdre enfin dans le roulement indistinct que j'avais entendu une première fois. Ce cycle se reproduisait constamment avec une grande régularité, toujours offrant la même série de phénomènes : roulement indistinct,—bruits d'un cœur fœtal peu nets,—devenant de plus en plus clairs, s'approchant pour ainsi dire, —puis s'éloignant de nouveau graduellement —'et enfin roulement indistinct.

La raison de cet état de choses me paraît être la suivante : le cœur du fœtus situé à gauche bat 136 fois environ par minute; l'autre bat 130. Par ce fait, tantôt les deux cœurs sont absolument synchrones, tantôt leur synchronisme est moins parfait, tantôt ils sont absolument dischrones. Le synchronisme n'est en réalité parfait que pour un seul battement dans le cycle sus-indiqué. Si les battements étaient de véritables points mathématiques acoustiques, aussitôt après ce synchronisme parfait on entendrait une sorte de bruit de galop spécial, avec variations dans les distances respectives des quatre bruits qui le constitueraient. Mais les battements du cœur ne sont pas des points mathématiques; chacun d'eux occupe un espace donné dans le temps. Au lieu de se juxtaposer dès qu'ils ne sont plus parfaitement synchrones, ils se superposent encore, mais d'une façon imparfaite. L'imperfection dans cette superposition des ondes sonores amène l'illusion de l'affaiblissement des sons, de leur éloignement graduel. Enfin, à un moment donné, ils ne se

superposent plus ; on devrait donc alors, à chaque révolution de cœurs fœtaux, entendre quatre bruits distincts ; mais justemen parce que ces bruits, au lieu d'être secs et brefs, sont en quel que sorte légèrement prolongés, notre oreille ne peut les diffe rencier tous les quatre dans le faible espace de temps qui suffi à leur production. Cet espace, nous pouvons nous en faire un idée en nous rappelant qu'au moment où ils sont absolumen dischrones, les deux cœurs donnent au total 550 bruits dans l minute. Il suffit d'avoir ausculté quelquefois un cœur affol chez l'adulte pour se rendre compte, qu'arrivés à ce degré d rapidité, les battements du cœur deviennent complètemen indistincts. C'est alors que se produit, dans les conditions d'ol servation où nous nous sommes placé, le roulement, qui persist tant que les battements ne recommencent pas à se superpose deux à deux plus ou moins exactement.

Enfin il faut aussi tenir compte de ce fait que, chez le fœtu le rythme cardiaque se rapproche, en général, du rythme pen dulaire, en sorte que, dans notre cas, le premier bruit de l'u des cœurs se superpose au second bruit de l'autre, sans que cel ait grande influence au point de vue acoustique.

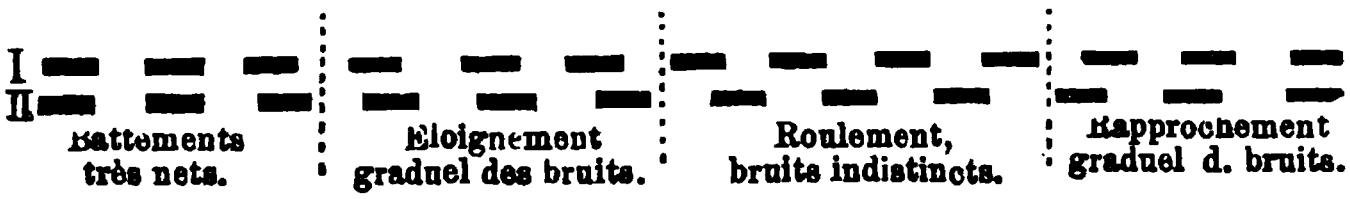
Il pourrait arriver que, pour une raison ou pour une autre au moment de l'auscultation, les cœurs des fœtus fussent com plètement synchrones. C'était le cas dans l'observation que j fis le 27 juin. Je tentai alors de précipiter les battements d cœur de l'un des enfants, en l'excitant au moyen de pressior répétées que j'exerçai sur le siège. La manœuvre eut un plei succès. Le fœtus fit quelques mouvements violents, son cœu s'accéléra, et je perçus, pour la première fois, d'une façon tr nette, le phénomène que j'étudiai plus complètement quelqu jours plus tard.

Je dois dire que, pour le moment actuel, cette étude m paraît sans aucun résultat pratique. Les instruments d'auscu tation que nous avons entre les mains ne sont pas assez parfai pour que nous puissions espérer qu'ils nous donnent quelqu renseignements, avant une époque de la grossesse où le diagno tic de la gemellité se fait par le palper mieux que par l'auscu tation, ou du moins où cette dernière ne joue guère que le rô de procédé confirmatif. Mais chaque jour on cherche à appl quer à l'auscultation les nouveaux instruments que la physiqu introduit dans la science, et peut-être serons-nous bientô dotés d'un sthétoscope qui, sans cesser d'être pratique et tran

portable, augmentera beaucoup l'intensité des phénomènes morbides ou physiologiques que l'on étudie au moyen de l'oreille. A ce moment, l'auscultation simultanée des deux cœurs fœtaux pourra, peut-être, devenir de quelque secours dans le diagnostic de la grossesse gémellaire, à une époque encore peu avancée de son cours.

Notation schématique du phénomène acoustique perçu par l'auscultation simultanée des deux cœurs fœtaux dans la grossesse gémellaire.

I. Premier fœtus. — II. Second fœtus.



RECUEIL DE FAITS

Rétroflexion utérine. Endométrite. Inconvénients et dangers de la ceinture hypogastrique;

Par le Dr V. Gautier.

Mme X. âgée de 30 ans, régulièrement réglée a eu deux couches heureuses. Ses malaises remontent à trois ans en arrière, elle les attribue à deux chutes successives et à court intervalle, dans lesquelles le poids du corps a porté sur les lombes et le sacrum.

Depuis ces accidents, Mme X. souffre nuit et jour du bas-ventre, des régions inguinales, lombaire et crurales; elle est incapable de vaquer à ses occupations.

Devenue enceinte pour la troisième fois dans l'été de 1884, la malade a passé presque tout le temps de sa grossesse sur son lit ou sur un fauteuil. L'enfant est venu au monde le 10 avril, l'accouchement n'a rien présenté d'anormal. Depuis la naissance de cet enfant, les souffrances ont persisté en s'aggravant, la durée des menstrues s'est accrue, elles ont perdu leur régularité, en sorte que Mme X. est tout au plus dix jours par mois exempte d'écoulement sanguin. Une ceinture hypogastrique a été continuellement portée durant le jour, depuis le début de cette maladie, c'est-à-dire depuis trois ans.

Le 6 août 1885 j'ai examiné pour la première fois Mme X., entrée la veille à l'Hôpital Butini. C'est une femme maigre, de

taille, à peau brune, à cheveux châtains; son visage
iré, dénote la fatigue et l'épuisement. Les principaux
s dont elle se plaint sont des douleurs aux lombes, à
astre, à la face antérieure des cuisses, qui se font sentir
u lit, mais qui s'exagèrent chaque fois que Mme X. se tient
ou essaie de marcher, et l'empêchent de se promener,
vrer aux soins de son ménage et de ses enfants. En
lepuis sa dernière couche, les époques sont irrégulières,
s et durent chaque fois au moins dix jours; dans leur
lle, leucorrhée abondante; l'écoulement est jaune ou
ltre, filant, non fétide. Sensation de pesanteur sur le
, envies fréquentes d'uriner; constipation habituelle,
dépassant pas deux jours; par moments et surtout apres
rses en chemin de fer, fortes crises de diarrhée. Mme X.
gée de garder presque constamment la position hori-
.

xploration abdominale, je ne trouvai rien à noter à tra-
parois de cette région. Au toucher vaginal, l'utérus est
à un degré moyen, le col regarde en bas; il est gros,
dolore; en portant le doigt dans le cul-de-sac postérieur
le corps de l'utérus fortement fléchi en arrière et en
paré du col par un sillon profond, vivement douloureux à
sion.
orps de l'utérus est rond sans aucune bosselure; si on
doigt en appuyant avec la main gauche au-dessus du
on peut relever le corps de la matrice et redresser en
a rétroflexion.
oucher rectal on arrive également à sentir le corps de
s, comprimant légèrement la face antérieure de l'intes-
ffrant un volume à peu près double du volume normal;
ne peut dépasser en haut la tumeur produite par la
.
peculum, je constate le volume anormal du col, qui est
rougeâtre, sauf autour de l'orifice, surtout sur la lèvre
eure où sa coloration est rose vif et où l'on voit une
érodée, finement granuleuse; du muco-pus visqueux sort
fice.
roduis la sonde utérine et dois faire exécuter au manche
trument un mouvement de bascule en haut et en avant
nétrer jusqu'au fond de l'organe. L'hystéromètre entre
ilement, sans être arrêté par l'orifice interne; il ressort
né de sang. Le cathétérisme utérin ne produit que peu
eur.
esure de la cavité est de 8 centimètres et demi.
is supprimer la ceinture hypogastrique. Je prescris des
ns de solution d'acide borique et un gramme de sulfate
le chaque matin.
août je badigeonne la cavité utérine avec un pinceau
de solution d'acide chromique au sixième, et après avoir
é l'utérus, j'applique l'anneau de Gaillard Thomas.

Le résultat, au point de vue des malaises éprouvés par Mme X. fut immédiat; dès la semaine suivante elle se sentit transformée. L'anneau qui était de petit volume, 7 centimètres dans son plus long diamètre, ne se déplaça point grâce à la recommandation que j'avais faite à la malade, de prendre garde qu'il ne s'échappât lorsqu'elle ferait des efforts en allant à la garde-robe.

Je retirai et nettoyai l'anneau le 16 août et renouvelai le badigeonnage d'acide chromique. Je trouvai l'utérus dès ce jour-là en position antéfléchie et situé dans le bassin à la hauteur normale. L'anneau fut conservé jusqu'au *13 septembre*. Les règles ont eu leur cours normal pendant cet intervalle et n'ont duré que cinq à six jours. Le même jour nouveau badigeonnage à l'acide chromique. L'utérus continue à être en antéflexion, il conserve un volume exagéré, mais à un moindre degré; la leucorrhée a diminué, Mme X. sort de l'Hôpital pouvant marcher très facilement, et reprendre ses occupations de ménage; je lui fais garder son anneau jusqu'au 15 octobre, date de la fin de son époque menstruelle, et lui prescris un gramme par jour de poudre d'ergot de seigle à prendre en deux doses.

19 octobre. Mme X. a été quatre jours sans porter son pessaire et a pu continuer ses occupations ; l'utérus est encore en antéflexion. Nouvelle application d'acide chromique dans la cavité utérine.

24 octobre. Réintroduction de l'anneau, Mme X. ayant ressenti un peu de gêne dans la marche.

1er novembre. Je retire moi-même l'anneau introduit huit jours auparavant. Ce jour-là, je trouve de nouveau le fond de l'utérus en rétroflexion, et je le replace d'abord avec les doigts, puis j'introduis la sonde et trouve encore la cavité longue de huit centimètres. Le pinceau imbibé d'acide chromique ne pénètre que jusqu'à l'orifice interne. La muqueuse du museau de tanche offre encore un peu d'érosion. La leucorrhée est à peu près disparue. La marche et tous les mouvements ont lieu sans aucune gêne, ni douleur depuis que le pessaire a été réintroduit. Je le replace et continue l'ergot de seigle.

La malade n'a plus gardé son anneau que durant deux semaines. Il y a maintenant plus d'un an que Mme X. est complètement rétablie et peut se livrer à la marche et à tous ses devoirs de mère de famille.

Nous avons vu que la cause première de la maladie de cette femme est attribuée par elle à une double chute sur le siège et la région lombaire, mais nous ignorons complètement quelles sont les lésions utérines ou pelviennes qui ont été la suite immédiate de ce traumatisme. Nous ne savons qu'une chose c'est qu'un état permanent de faiblesse générale, d'incapacité de travail et de mouvements, a persisté durant plus de trois ans, qu'une grossesse est survenue environ deux ans après l'accident, et que l'accouchement à terme qui l'a suivie n'a point mis fin à l'état morbide de l'utérus et des organes pelviens.

Les seuls renseignements positifs datent du moment où la malade est entrée à l'hôpital, et où j'ai constaté chez elle : 1° une endométrite fongueuse caractérisée par un ramollissement et un agrandissement de l'utérus, de la ménorrhagie, de la leucorrhée et une érosion granuleuse de la muqueuse du museau de tanche ; 2° une rétroflexion et un léger prolapsus de la matrice.

Ce qui frappe le plus dans ce fait, c'est la guérison presque immédiate qui a suivi mon intervention, la disparition complète de tous les symptômes, et le retour très prompt à la santé parfaite. Deux semaines au plus après le début du traitement, la malade pouvait se mouvoir et travailler en toute liberté. Ces exemples de guérison rapide dans les maladies chroniques de l'utérus sont excessivement rares.

Je crois que le traitement actif que j'ai fait subir à cette dame, et qui a consisté en un redressement de l'utérus, en des cautérisations répétées quatre fois de la muqueuse du corps et du col, dans l'application d'un pessaire à anneau et en des injections astringentes, je crois, dis-je, que ces moyens, rationnels sans doute, n'entrent que pour une faible part dans la guérison et que la principale cause du retour à la santé, a été l'enlèvement de la ceinture hypogastrique.

Les ceintures abdominales, *Leibbinden* des Allemands, *abdominal pad* des Anglais sont nombreuses et de construction très variée; Leiter, Braun, Salt, Willis, Charbonnier, Guéniot, Gaillard Thomas, etc., etc., ont chacun la leur. Ces appareils sont souvent utiles et doivent être employés lorsque l'indication s'en présente. La seule ceinture contre laquelle je désire prémunir les médecins est la ceinture dite *hypogastrique* dont je regarde l'emploi comme nuisible dans presque tous les cas. Je ne m'explique que par l'influence d'une routine déplorable, le fait que cet engin au squelette de fer, soit de toutes les ceintures, celle qui est la plus employée. « L'article est d'un grand usage, surtout en France, » m'a dit un bandagiste expérimenté. Puisse-t-il ne plus trouver place que dans les musées d'antiquités.

Le nom de ceinture hypogastrique s'applique spécialement à l'appareil constitué par une bande métallique analogue aux ressorts des bandages herniaires, supportant à sa partie antérieure et médiane une large pelote de fer, à peu près triangulaire doublée de crin, revêtue de peau, et munie d'une vis de pression destinée à imprimer à la pelote un mouvement de bascule en arrière et en haut. La pelote ainsi disposée déprime fortement par son bord inférieur convexe la région suspubienne.

Je remarque en premier lieu que les auteurs qui préconisent le plus l'usage de cet appareil (Scanzoni, Chassaignac, Picard, Gallard, Bernutz) ne s'expliquent point avec de suffisants détails sur les indications de la ceinture hypogastrique. Voici toutefois ce qu'on peut inférer de leurs recommandations :

1° La ceinture soulève et soutient la masse des viscères abdo-

minaux de façon à atténuer la pression exercée par cette masse sur les organes pelviens, sur l'utérus en particulier.

Cela est vrai, lorsque l'abdomen est volumineux et saillant, mais en soulevant les intestins, la pelote enfoncée au-dessus de la symphyse, exerce au-dessous d'elle, c'est-à-dire sur les viscères pelviens, une pression permanente du matin au soir, dure, immobile et persistante; cette pression est-elle préférable à celle qu'opère l'intestin, molle, élastique, variable d'un moment à l'autre de la journée? Je ne vois donc qu'une ceinture élastique, large dans toute son étendue, et n'offrant au niveau de l'hypogastre qu'une saillie également molle et élastique qui puisse remplir cette première indication.

2° Dans les cas d'inclinaison en avant de l'utérus (antéversion ou antéflexion), la ceinture hypogastrique refoule en arrière le fond de la matrice, et contribuerait ainsi à redresser cet organe. On m'accordera, je pense que cette action de la pelote ne peut s'exercer que lorsque le fond de l'utérus s'élève au-dessus de la symphyse pubienne de trois travers de doigt au moins, et que dans le cas contraire, c'est précisément l'inverse qui aura lieu, c'est-à-dire que le fond de l'utérus, s'il se trouve ne pas déborder la symphyse, ou ne la déborder que modérément, sera au contraire refoulé par la pelote directement en bas, en sorte que la déviation, loin d'être diminuée, sera fortement aggravée. Or les cas de déviation ou de flexion antérieure de l'utérus ne s'accompagnent que rarement d'augmentation notable du volume de l'organe, en sorte qu'il est rare de le voir s'élever au-dessus de la symphyse. Lorsque l'utérus incliné en avant, est hypertrophié de façon à remonter assez haut au-dessus du pubis, la ceinture large, élastique, à pelote non rigide, est encore la seule qui soit utile.

3° Quelques auteurs vont jusqu'à recommander la ceinture hypogastrique contre le prolapsus, la rétroversion et la rétroflexion de la matrice. Il ne s'agit plus ici de réduire l'organe, de le replacer dans une direction normale, mais de l'immobiliser, de façon à ce que les ligaments qui le soutiennent ne soient pas tiraillés pendant les mouvements de la malade; de cette manière, disent-ils, on facilite la marche et la station debout. Quelque extraordinaire que cette affirmation paraisse, elle est vraie dans un petit nombre de cas, et la malade de mon observation en est un exemple. Lorsque je lui demandai de se débarrasser au plus vite de sa ceinture hypogastrique, elle me dit aussitôt : « Je ne pourrai plus marcher du tout, et cependant je puis encore en de courts instants, aller et venir dans ma chambre. »

Mais pour que l'utérus soit immobilisé, il faut que le bord inférieur de la pelote soit très fortement incliné en arrière, il faut qu'il pénètre comme un coin au-dessus de la symphise comprimant la vessie, l'utérus et par celui-ci le rectum; c'est un écrasement plutôt qu'une immobilisation. Il en résultera ce

vons vu chez cette femme : une stase dans la circu-
ienne, une hypérémie de l'utérus, une métrite fon-
ec accompagnement de catarrhe, de constipation,
gie, de leucorrhée, enfin une tendance toujours
vers le prolapsus et la rétroflexion. Ce sont là les
névitables de l'immobilisation de la matrice rétroflé-
olabée.
en dernier lieu les tumeurs utérines et la grossesse.
nt ceux qui s'adaptent le mieux à l'emploi des cein-
es et élastiques. Pour qu'une tumeur d'un certain
it convenablement soutenue, il faut que la base de
on sur laquelle elle repose soit forte et large, il faut
ture s'appuie en arrière, non seulement sur un point
acrum, mais en même temps sur la région sacrée et
on lombaire. La ceinture hypogastrique étant étroite
sa circonférence, sauf au point central de la face an-
ne convient nullement pour soutenir le poids des
térines.
lusion est celle-ci : dans le très petit nombre de cas
ure hypogastrique pourrait rendre quelques services,
ujours avantageusement remplacée par une autre
lus large et moins rigide. Dans tous les autres cas
isible.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE NEUCHATELOISE

Séance du 16 juin 1886 à Préfargier.

Présidence de M. le Dr Reynier, président.

s présente un jeune garçon de 12 ans, auquel il a pratiqué le
i la *résection totale de l'articulation temporo-maxillaire* droite
ome qui s'était développé à la suite d'une fracture du con-
n 1883, et avait occasionné une ankylose absolue de la dite
Le résultat de cette opération est complet.

de Montmollin présente un jeune homme chez lequel il a
our cause d'abcès osseux provenant d'une contusion, une
u *tibia droit*, avec évidement de la diaphyse, sur la moitié de
L'opération a été faite le 8 février et aujourd'hui la guérison
avec restitution du membre lésé.

démontre une certaine quantité de préparations microscopi-
noelle allongée et de la moelle épinière à double coloration ;
tées par le bleu de méthyline et la fuchsine (méthode Sahli)
par la safranine

iardt, directeur de Préfargier, présente une série de malades
ement :

La première est une demoiselle C., déjà démente à son entrée à Préfargier et dont l'affection n'est plus susceptible de guérison. Cette aliénée est atteinte d'une *luxation sous-coracoïdienne* complète de l'humérus gauche, de date ancienne, mais ne présentant aucune réaction quelconque.

La seconde malade est une jeune personne de 24 ans, chez laquelle on a pratiqué, il y a trois ans, l'*ablation de la glande thyroïde*.

Cette malade se faisait déjà remarquer avant l'opération, par ses manières bizarres, mais dès lors le trouble mental a fait de rapides progrès et, à l'heure qu'il est, nous avons devant nous une démente avec idées délirantes, perversion de la sensibilité de la peau et des muqueuses, etc., etc. Il s'est reformé au-devant du cou une petite tumeur dont la nature reste douteuse. Dans le cas où il s'agirait d'un tissu glandulaire analogue à celui de l'organe extirpé, il faudrait noter que cette régénération partielle n'a amené à sa suite aucune amélioration de l'état mental, ce qui viendrait à l'encontre de l'opinion de Kocher à ce sujet. Il y aura lieu d'employer les courants électriques pour activer l'action cardiaque.

A ce propos, M. Burkhardt parle d'une autre malade, sortie récemment de Préfargier, et qui a subi également, il y a quatre ans, l'ablation d'un goître assez volumineux. Trois à quatre jours après l'opération, elle fut prise d'une crise tétanique qui mit ses jours en danger. Dès lors, les crises de tétanie se sont répétées à plusieurs reprises. La dernière, qui fut très violente, coïncida avec une réapparition des règles qu'on croyait définitivement supprimées, et fut accompagnée de sensations anormales du côté de la peau et des muqueuses et de délire hallucinatoire. Actuellement cette malade, autrefois fort intelligente, présente un degré relatif de faiblesse intellectuelle et une rechute est à craindre.

Enfin le dernier cas concerne un homme qui, à la suite d'une attaque apoplectiforme, précédée déjà d'idées de méfiance à l'égard de son entourage, fut envoyé à Préfargier comme affecté du délire des persécutions. Au bout d'un certain temps, il se produisit une nouvelle attaque, suivie cette fois d'idées de grandeur et d'une déchéance intellectuelle rapide, de telle sorte que le diagnostic de paralysie générale, déjà probable au début, est aujourd'hui certain. Le malade a eu des antécédents syphilitiques, ce qui fait prévoir une durée plus longue de l'affection que dans les cas où cet élément fait défaut.

M. Burkhardt ayant eu l'occasion de faire l'*autopsie d'un épileptique*, décédé à Préfargier, montre des coupes du cerveau de ce sujet.

D'après Sommer, on devrait attribuer l'épilepsie à une dégénérescence sclérotique de la corne d'Ammon. Sur 90 cas, Sommer aurait trouvé 38 fois la confirmation de sa théorie, mais dans le cas particulier on ne constate aucune sclérose de la corne d'Ammon. D'après une autre théorie (Lasègue), l'épilepsie serait causée par une formation irrégulière du crâne. Or, aucun crâne n'est rigoureusement régulier et symétrique, et M. Burkhardt nous démontre par plusieurs tracés et par la coupe du crâne qui nous occupe combien cette théorie est peu juste.

A la fin de la séance, M. le Président engage les confrè
rendre en aussi grand nombre que possible à la réunion
médecine de la Suisse Romande, qui aura lieu en août à G

Une collation gracieusement offerte par nos confrère
termine fort agréablement la journée.

Le secrétaire, D

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECI

Séance du 3 octobre 1886.

Présidence de M. Morax, président.

M. le Président annonce à la Société la mort de notr
frère, M. le Dr *Piccard*.

M. *de la Harpe* fait don à la bibliothèque d'un exemplai
microscopie clinique de Peyer qu'il vient de traduire en fi

M. Roux lit quelques notes sur trois *hernies diaphrag*
concernant des enfants mort-nés, dont l'un n'avait qu'un
même côté que la hernie, c'est-à-dire à gauche, tandis qu
une partie du foie dans la cavité thoracique droite ; le troi
celui d'un forçat mort vers cinquante ans, dont une bo
viscères abdominaux étaient situés au-dessus de la moitié
phragme. (Paraitra dans la *Revue*.)

M. Roux présente ensuite quelques *attelles de Cover*, pc
l'épiphyse inférieure du radius. Elles ont l'avantage de per
vements des doigts, ce qui active beaucoup la guérison
Elles remplissent en outre toutes les conditions nécessaire
comme l'appareil plâtré, à la gangrène par constriction.

M. Rapin se souvient d'avoir vu un des cas dont parle
qu'il était assistant de policlinique chez Breisky. Cet enfa
pas spontanément, mais put être maintenu en vie assez lor
divers procédés de respiration artificielle. On constata apr
était affecté de hernie diaphragmatique.

M. le Prof. Buttin présente des échantillons de quel
drogues :

Cascara amarga. Écorce amère du Picramnia, Simaro
dont Thompson a isolé récemment un alcaloide la « Picra
nisée dans le traitement des maladies de la peau et syphili

Folia Chequen ou Cheken de « l'Eugenia Cheken. » My
employée dans les bronchites catarrhales et les maladies
naires.

Radix Taguyae. Racine venant du Brésil attribuée a
Taguya. Une spécialité de Florenne, variété de Teinture
vantée dans le traitement des maladies syphilitiques.

Semen Anda-Assu. Semence d'une Euphorbiacée « And
dont on retire depuis quelques années une huile grasse brt
tive, utilisée dans certaines régions en lieu et place de l'hu

Liatris odoratissima. Souches et feuilles d'une drogue appelée « Vanillu Root » et arrivant depuis quelques années à Hambourg pour parfumer le tabac à priser en lieu et place de la Fève de Tonka fort chère actuellement. Cette drogue renferme de la Coumarine. 500 gr. en ont fourni récemment 8 gr. (1,6 % environ). Cette coumarine, éther diptylique, rappelle broyée l'odeur des amandes amères. Elle est neutre et cristallise sous forme rhomboédrique, fusible vers 64° et se sublimant en belles aiguilles cristallines. On la rencontre dans beaucoup de végétaux partie à l'état libre, partie combinée avec des acides coumarique et mélilotique. L'Aspérula, le Mélilot, la Fève de Tonka en renferment. La coumarine en faible quantité jouit de la propriété de modifier avantageusement l'odeur désagréable de l'iodoforme sans en atténuer les propriétés.

M. Hri Secretan a employé dans un cas d'ictère catarrhal chez un enfant de onze ans, la *faradisation de la vésicule biliaire*.

L'ictère qui datait de trois semaines avait résisté aux cholagogues ordinaires, les selles étaient entièrement décolorées. La faradisation fut pratiquée de la manière suivante : Une électrode cylindrique de petit diamètre était introduite par le rectum à huit cm. de profondeur, l'autre électrode appliquée au niveau de la vésicule pendant dix minutes chaque jour. Après trois séances, la circulation de la bile était entièrement rétablie ; il faut ajouter que dans l'intervalle des séances de faradisation, on avait donné de grands lavements (1 litre) d'eau froide.

M. Hri Secretan, dans un cas grave d'angine diphtérique, chez une fillette de 11 ans, a pratiqué la *cautérisation ignée de l'arrière-gorge*. Les plaques très étendues couvraient le quatrième jour les amygdales, le voile du palais et ses piliers ; fièvre continue avec délire, les premiers jours, de 38° à 40°, haleine infecte. La cautérisation fut pratiquée à l'aide du petit cylindre en forme d'aiguille du thermo-cautère. L'enfant se prêtait très bien à l'opération, qui se fit en trois reprises. M. Secretan pratiqua sur chaque plaque des cautérisations linéaires presque contiguës. Le résultat immédiat fut *la disparition totale de l'odeur*. La déglutition n'est pas devenue plus douloureuse.

Le lendemain, la fièvre tombait à 38° le matin et le soir à 37°5, dès lors, pas de fièvre, le onzième jour, l'élimination des escarres était complète. Néanmoins, l'enfant eut une rechute légère, le treizième jour. Une nouvelle plaque s'était formée sur le pilier gauche du voile du palais; cette plaque fut enlevée complètement avec une pince à disséquer et la surface d'implantation saignante cautérisée à trois reprises avec du coton imbibé de liqueur de perchlorure de fer officinale. Le lendemain, la plaque diphtérique s'était reformée sur le même point ; elle était teintée en vert. M. Secretan conclut de cette dernière expérience que la liqueur de perchlorure de fer même pure n'empêche pas la propagation de la diphtérie. Le succès a justifié la cautérisation ignée, mais on ne peut pas tirer de conclusions d'un cas isolé. Peu d'enfants se prêtent bien à l'opération.

En général, M. Secretan se borne à employer les lavages de liquides antiseptiques non caustiques, tels que le sublimé à 1 ‰ ou les solutions

boriquées et salicylées dont il se sert d'ailleurs après la cautérisation ignée.

M. Morax rappelle qu'on a conseillé l'emploi d'un mélange de plusieurs désinfectants à petites doses pour le traitement local de la diphtérie ; il recommande le traitement de l'état général dont l'importance a été parfois méconnue.

M. de la Harpe estime qu'on doit abandonner complètement l'emploi du sulfate de cuivre.

M. Verrey parle du traitement des affections diphtéritiques des yeux. Il ne faut point faire de cautérisation avant que les membranes aient disparu. Les cataplasmes chauds et les lavages désinfectants sont les seuls remèdes à employer au début.

M. O. Rapin se sert avec avantage de badigeonnages de teinture d'iode contre la diphtérie du vagin et de l'utérus. Il joint à ce traitement des injections de sublimé au 1 ‰ ou d'acide phénique au 4 %.

M. Mermod a constaté souvent les propriétés désinfectantes de la teinture d'iode dans le traitement des furoncles du conduit auditif externe.

M. Roux estime que les cautérisations du pharynx au thermo-cautère sont dangereuses à employer chez les enfants.

M. Mermod croit qu'avec les précautions nécessaires on peut cependant les pratiquer sans crainte.

M. de la Harpe et M. Dind insistent sur la profondeur considérable à laquelle il faut brûler si l'on veut le faire d'une façon efficace. Les cautérisations et les désinfections n'atteignent le plus souvent que la surface des membranes et n'ont par conséquent pas grand effet.

M. Zimmer croit tous les topiques inutiles.

M. Rapin badigeonne le pharynx en se plaçant derrière le malade ; on évite ainsi les mucosités qui sont projetées au dehors au moment du badigeonnage.

M. Dupont a dû faire la *résection de la carotide primitive* dans toute sa longueur pour extirper un carcinome ganglionnaire, récidive d'un carcinome de la langue. M. Dupont parle ensuite de la *suture de la vessie* à propos d'une seconde taille hypogastrique qu'il a pratiquée chez un jeune homme.

Le Secrétaire : Dr H. Burnier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Présidence de M. le Dr D'Espine.

Séance du 7 juillet 1886.

M. le Dr *W. Pasteur*, de Londres, assiste à la séance.

La Société a reçu de la part de M. le Prof. *Laskowski*, un mémoire sur *l'embaumement, la conservation des sujets et les préparations anatomiques*.

M. le Dr *Piachaud* est nommé membre honoraire.

M. le Dr Prevost fait une communication sur un cas *d'ataxie locomotrice*, suivi d'autopsie (voir p. 665).

M. Laskowski à propos de la communication de M. Prevost, dit que sur des animaux on a pu constater pendant très longtemps la persistance du cylindraxe dans des fibres nerveuses dégénérées.

M. Prevost croit que chez l'homme, il est très difficile de s'assurer complètement de la persistance du cylindraxe, car on ne peut pas comme chez l'animal enlever les pièces anatomiques immédiatement après la mort.

M. Ladame demande si le malade de M. Prevost présentait des antécédents alcooliques.

M. Prevost n'en a pas trouvé, c'était un individu excessivement sobre.

M. Picot a pu observer chez un malade de l'Infirmerie du Prieuré, l'existence du signe de l'insuffisance tricuspidienne, mentionné et décrit pour la première fois par M. W. Pasteur, de Londres (voir cette *Revue*, 1885 p. 689 et 1886 p. 451); ce signe consiste dans la dilatation des veines du cou, lorsque l'on exerce une pression sur les côtes au niveau du foie. Chez son malade M. Picot a pu vérifier par l'autopsie, l'existence de l'insuffisance tricuspide.

M. W. Pasteur dit que chez les malades qui présentent un pouls jugulaire, la pression des côtes au niveau du foie qui amène un gonflement plus marqué des veines du cou, laisse tantôt subsister le pouls jugulaire, tantôt le supprime.

Séance du 1er septembre 1886.

M. Maunoir rapporte un cas d'*hémorragie dans une ponction d'ascite.* Il s'agissait d'un enfant atteint d'une affection cardiaque, auquel il avait fait une première ponction sans aucun incident; obligé d'en faire une seconde, et n'ayant à ce moment-là à sa disposition qu'un instrument un peu défectueux, il pénétra avec beaucoup de peine dans quelque chose qui lui sembla dur; au moment où il retira le trocart, il sortit une à deux cuillerées à soupe de sang par la canule. Croyant être dans le foie déplacé, il retire sa canule et fait une seconde ponction, qui cette fois donne issue à du liquide ascitique n'ayant pas la moindre teinte sanguine. Une fois le ventre vidé, il l'a palpé avec soin et n'a pas trouvé au point où il avait fait sa première tentative de ponction, la moindre trace de partie dure. Cette tentative, du reste, ne fut suivie d'aucun accident et il ne se produisit point d'ecchymose. Obligé plus tard, de faire une troisième opération, il n'eut aucune peine à introduire son trocart. M. Maunoir pense que l'accident qui lui est arrivé lors de la seconde ponction peut s'expliquer en supposant que le trocart après avoir traversé la peau, a refoulé devant lui les couches profondes de la paroi abdominale, en produisant un décollement dans les couches musculaires, ce qui a produit la petite hémorragie. Il ne croit pas qu'il y ait eu d'artère touchée.

M. Picot se souvient que lorsqu'il était interne à l'Hôpital Lariboissière à Paris, il y eut dans cet hôpital un cas d'hémorragie mortelle, à la suite

d'une ponction abdominale, dans laquelle l'artère épigastrique avait été blessée.

M. A. Mayor désirant savoir si dans le cas d'*albuminurie* due à une nèphrite, l'on doit véritablement proscrire l'usage des *œufs*, a essayé de prendre lui-même 18 œufs crus. Or, d'après plusieurs essais qu'il a fait depuis 1876, avec le réactif de Tauret, il a de temps en temps un peu d'albuminurie, et malgré cette prédisposition, il n'en a point trouvé le jour où il s'est nourri seulement d'œufs ; il croit donc que l'on ne doit pas proscrire d'une manière absolue l'usage des œufs chez les brightiques.

M. Revillion rappelle que le reactif de Tauret donne un précipité, non seulement dans les cas de présence d'albumine, mais aussi dans ceux de peptonurie, qui se présente chez beaucoup de personnes après les repas. Il a fait lui-même des recherches sur la quantité d'albumine rendue par les brightiques suivant l'alimentation ; dans ses recherches il a toujours vu la quantité d'albumine augmenter à la suite de l'usage de la viande ou des œufs. Il se rattache donc complètement aux indications données par Semmola sur le régime des brightiques.

M. A. Mayor s'est mis à l'abri de l'erreur que pourrait donner le réactif de Tauret, car on peut facilement distinguer le précipite dû à de l'albumine, de celui dû à des peptones ; celui de ces dernières se redissout par la chaleur et non celui de l'albumine ; en outre il n'entend donner des œufs qu'à des malades atteints de néphrite chronique et lassés du régime lacté.

M Prevost croit que l'on a beaucoup exagéré l'influence néfaste de l'albumine sur les albuminuriques ; ainsi le chien auquel on injecte pendant bien des jours de l'albumine, en rend dans son urine, mais lorsqu'on s'arrête, au bout de peu de temps il n'en rend plus, et ainsi n'est pas devenu albuminurique. L'on peut donc se demander s'il y a vraiment de l'inconvénient pour le malade à éliminer l'albumine introduite par son alimentation ; du reste il faut se rappeler que les albumines sont bien différentes les unes des autres.

M. Revillion croit que l'albumine rendue par le chien à qui on en injecte, n'est pas la même que celle qui a été injectée, et qu'il s'est passé certaines modifications dans le sang.

M. Prevost pense qu'il faudrait savoir si un albuminurique auquel on permet pendant deux jours des œufs, rend plus d'albumine deux jours après qu'on les a supprimés, qu'avant l'essai. Il ne le croit pas.

M. Maunoir se rangerait volontiers à l'opinion de M. Prevost, et il croit qu'on pourrait faire un essai intéressant, en donnant à des brightiques non albuminuriques de l'albumine, et voir s'ils deviennent albuminuriques sous l'influence de ce régime.

M. Revillion déclare qu'il accepte l'emploi de l'albumine cuite, mais a la condition de tâter pour ainsi dire son action sur chaque malade.

M. Goetz a eu dernièrement l'occasion de vérifier l'*action hémostatique de l'antipyrine*, action qui a été étudiée par M. Huchard dans l'*Union médicale*. Dans un premier cas il s'agissait d'un jeune homme atteint de

purpura hemorragica et qui présentait depuis quatre heures une épistaxis intense; il réussit à l'arrêter, en injectant dans les fosses nasales, un peu de solution d'antipyrine au 1/30, et en ne mettant qu'un tampon antérieur. Ce jeune homme est du reste mort de son purpura au bout de six semaines. Dans un second cas, il s'agissait d'une hémorragie consécutive à l'avulsion d'une dent, et qui fut arrêtée par une boulette de charpie, trempée dans la solution d'antipyrine, et placée dans le creux de la gencive. Enfin dans un troisième cas, il s'agissait d'une métrorragie, due à un corps fibreux et qui a été arrêtée après l'application d'un suppositoire gélatineux, dans lequel on avait incorporé un gramme d'antipyrine.

Séance du 6 *octobre* 1886.

M. le Dr *André Duval* est nommé membre honoraire en reconnaissance des nombreux services qu'il a rendu à la Société comme bibliothécaire.

M. le Dr *Eugène Revilliod* a remis pour la bibliothèque sa thèse, intitulée : Notes cliniques sur quelques maladies des enfants.

M. L. Revillod à propos de la lecture du procès-verbal de la dernière séance, reprend la question de l'*alimentation des brightiques*; il a fait quelques recherches bibliographiques et a trouyé que la plupart des auteurs et en particulier Dujardin-Beaumetz, Senator, Jaccoud, Bouchardat, Gubler, sont opposés à ce qu'on laisse prendre aux albuminuriques de la viande et des œufs; par contre il n'a guère trouvé que Rosenstein qui admette ce genre d'alimentation. Lui-même peut présenter deux observations qui à son avis, sont des plus concluantes contre l'adjonction d'œufs et de viande à l'alimentation des brightiques. La première date de l'année 1882, quant à la seconde, il l'a recueillie le mois dernier, à la suite de la discussion qui avait eu lieu à la séance de septembre. Ces deux observations montrent une augmentation notable de la quantité d'albumine rendue par les malades, toutes les fois que l'on sortait du régime lacté et que l'on permettait des œufs ou un peu de viande.

M. E. Rapin lit un travail intitulé : *Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus.*

M. V. Gautier demande si l'électricité appliquée aux fibromes utérins qui ne s'accompagnent pas de métrorragie, donne d'aussi bons résultats que dans les cas où la tumeur détermine des hémorragies; il désirerait aussi savoir si à la suite de l'application de la méthode électrique l'on observe des écoulements de diverse nature.

M. Rapin croit que l'électricité donnerait d'aussi bons résultats, dans les cas de fibromes sans hémorragie que dans ceux où ils en occasionnent. En outre il a vu après les séances d'électricité une leucorrhée plus ou moins abondante et l'expulsion de paquets fibreux; mais il ne croit pas que des fragments de fibromes soient expulsés directement. Il faut du reste ne jamais faire faire dépasser à la sonde le canal cervical de l'utérus.

M. Aug. Reverdin a traité quelques malades par le courant électrique, et il peut citer un cas de fibrome énorme, ne s'accompagnant pas d'hémorragie, qui s'est terminé par un plein succès. Ce cas est d'autant plus

intéressant que la malade qui habitait la campagne s'appliquait elle-même l'excitateur recourbé d'Onimus.

M. D'Espine demande si cette méthode peut produire des accidents.

M. Rapin n'en a jamais vu ; il va sans dire qu'au point de vue de la septicémie, il faut suivre tous les préceptes qui assurent une grande propreté et une antisepsie complète.

Séance extraordinaire du 20 octobre 1886.

La Société a procédé à la révision complète de son règlement ; les changements portent principalement sur l'article 12, relatif aux admissions, qui maintenant est rédigé de la façon suivante :

« *Article* 12. — A. Ne peuvent devenir titulaires que les docteurs en « médecine ayant le droit de pratiquer et les personnes qui ont subi avec « succès les examens fédéraux de médecine. Les étrangers ayant des titres « équivalents peuvent aussi poser leur candidature. Les candidats doivent « être domiciliés et admis à la pratique depuis un an dans le canton de « Genève.

« B. Toute personne remplissant les conditions précédentes et désirant « poser sa candidature au titre de membre titulaire, devra en faire la « demande au président par une lettre contresignée par cinq membres « titulaires (parrains).

« C. La votation se fera au début de la séance ordinaire qui suivra « celle dans laquelle aura eu lieu la lecture de la demande de candidature. » L'élection se fera à huis-clos, au scrutin secret et à la majorité des « trois quarts des membres présents, après avoir entendu le rapport des « parrains.

« D. Tout membre titulaire nouvellement reçu, aura à payer un droit « d'entrée fixé à 10 francs. Par sa réception dans la Société il s'engage à « en observer les statuts. »

Les articles nouveaux ou qui ont subi des changements importants sont les suivants :

« *Article* 17. — L'exclusion de la Société ne peut être prononcée qu'en « séance extraordinaire à huis-clos, avec ordre du jour annoncé à l'avance « sous pli fermé, et à la majorité des trois quarts des membres présents. « La votation devra être précédée d'un rapport présenté par le Conseil de « famille sur une plainte signée par un ou plusieurs membres titulaires. »

« *Article* 18. — A. Les membres titulaires sont tenus à une contribu- « tion annuelle.

« B. Le taux de contribution est fixé chaque année dans la séance de « janvier, après la lecture du rapport du trésorier.

« C. Les membres domiciliés en dehors de la ville et des communes « suburbaines (Plainpalais, Eaux-Vives) pourront jouir sur leur demande « d'une réduction de 10 francs, sur le montant de leur contribution.

« D. Tout membre qui n'aura pas payé, après avertissement préalable, « sa contribution dans les six premiers mois de l'année, sera considéré « comme démissionnaire. »

« *Article* 19. — Le bureau est chargé d'établir au commencement de « chaque année la liste des lecteurs des séances. »

« *Article* 32. — En cas de dissolution, la Société se prononcera sur la « destination à donner à l'avoir qui lui restera (fonds, livres, journaux, « archives, etc.).

« La dissolution ne pourra être prononcée qu'à la majorité des trois « quarts des membres titulaires. »

Le Secrétaire : Dr E. Marignac.

BIBLIOGRAPHIE

J. Sager. Réactif du sucre de l'urine. *Archives de pharmacie* et *Pharmaceutische Zeitung*.

Ce réactif est un mélange de volumes à peu près égaux d'une solution de ferrocyanure de potassium (1-10) et de lessive de potasse caustique (33 %).

On verse dans un tube de verre, dont le tiers au plus doit être rempli, 5 à 6 cmc. de l'urine à examiner, on ajoute 1 cmc. de la solution de cyanoferrure, puis 1 à 1 ½ cmc. de liqueur de potasse caustique, et l'on fait bouillir à plusieurs reprises. Si le mélange ne renferme pas de sucre, il conserve sa teinte jaune; s'il contient du sucre, il devient d'un rouge brun foncé.

Cette réaction complète et contrôle celle de la solution de tartrate de bismuth, car il peut arriver que la solution de tartrate de bismuth donne un précipité de couleur foncée alors que la solution de cyanoferrure reste indifférente, ce qui indiquerait la présence dans l'urine d'un substance jouissant d'une action réductrice autre que le sucre. Ls Buttin.

—

Billroth et Winiwarter. Pathologie et thérapeutique chirurgicales, 2de édit. française, traduite d'après la 12me édition allemande par *O. Desbatailles*. 1 vol. grand in-8o, avec 176 gravures sur bois. Paris, 1886, F. Alcan.

La première édition française de cet important ouvrage, publiée en 1878, est devenue depuis longtemps classique ; depuis lors, l'œuvre du savant professeur de Vienne a eu en Allemagne de nombreuses éditions, faites en collaboration avec le prof. de Winiwarter de Liège, et s'est maintenu constamment au courant des progrès de la chirurgie ; aussi une nouvelle édition française devenait indispensable et nous devons tous nos remerciements à M. le Dr O. Desbatailles, assistant à l'Université de Liège, de nous l'avoir donnée. L'ouvrage est divisé en cinquante leçons constituant de véritables cliniques remplies de faits et d'utiles conseils, dont praticiens et étudiants feront également leur profit.

VARIÉTÉS

M. le prof. J.-L. Reverdin a reçu, à la suite de la r
français de chirurgie, la croix de chevalier de la Légion

—

Concours pour 1887. — Poursuivant l'extension d
populaires, la Société Française d'Hygiène met au c
née 1887 la question :

De la sédentarité dans les écoles (primaires et second
menage intellectuel dans l'enseignement supérieur et spé

-La première partie exposera les faits et observations
situation, la deuxième indiquera ses inconvénients et l
apporter, s'il y a lieu, au point de vue de l'hygiène de

Comme pour les concours antérieurs, de la première et de la deuxième enfance, les mémoires ne devront pas dépasser les limites d'une brochure in-18 de 32 à 36 pages.

La Société décernera aux lauréats :

1° Une médaille d'or de la valeur de 500 francs.

2° Deux médailles d'argent, chacune de la valeur de 150 francs.

N.-B. Les mémoires (écrits en français, anglais, allemand, espagnol, italien) devront être remis dans les formes académiques ordinaires au siège de la Société (30, rue du Dragon, Paris) avant le 1er avril 1887.

—

Caisse de secours des médecins suisses. — Reçu en octobre 1886 :

Argovie. — M. le Dr G. Weber (IIme don) 20 fr. (20+1637=1657).

Berne. — Dm E. Bourgeois, 20 fr. Lanz (IIme), 10 fr. Imobersteg (IIme), 10 fr. Marti (IIme), 10 fr. Haas (IIme), 10 fr. (60+3744=3804).

Saint-Gall. — Dr Custer, 10 fr. (10+2080=2090).

Glaris. — Anonyme (IIIme), 10 fr. (10+360=370).

Lucerne. — Dm Scheffmann (IIme), 20 fr. Gruter, 2 fr. (22+1240=1262).

Neuchâtel. — Dr G. de Montmollin, 10 fr. (10+623=633).

Schwyts. — Anonyme, 100 fr. (100+140=240).

Zurich. — DDm Bübler, 50 fr. Prof. Haab (IIme et IIIme), 50 fr. Dr Neukom (IIIme), 20 fr. (120+5373=5493).

Total : 352 + 27,380 des listes précédentes = 27,732 fr.

Bâle, 1er novembre 1886. *Le Trésorier :* A. Baader.

Maladies infectieuses signalées au Bureau de Police sanitaire du canton de Vaud.

OCTOBRE 1886.		Fièvre typhoïde.	Fièvre puerpérale.	Variole.	Varioloïde	Scarlatine.	Rougeole.	Croup.	Diphthérie pharyngienne.
DISTRICTS	COMMUNES	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.
Lausanne.	Lausanne.....	3	....	....	1	....	....	....	....
Aubonne.	Aubonne.....	1	....	....	....	....	....	....	....
Cossonay.	Cossonay.....	1	....	....	....	....	....	....	....
	La Sarraz.....	1	....	....	....	....	....	....	....
Morges...	Morges.....	....	....	....	....	1	....	....	....
	TOTAUX...	6	...	....	1	1	....	....	....

BULLETIN DE STATISTIQUE MORTUAIRE ET ÉPIDÉMIQUE

Rédigé par le prof. P.-L. DUNANT

DÉCÈS	à Genève (Genève, Plainpalais, Eaux-Vives)				à Lausanne (la commune de)				à Fribourg (la commune de)			
	72,135 habitants				32,222 habitants				11,904 habitants			
ANNÉE 1886	OCTOBRE			Mois précédent.	OCTOBRE			Mois précédent.	OCTOBRE			Mois précédent.
	Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total		Masc.	Fém.	Total	
Variole	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Rougeole	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Scarlatine	....	....	....	*1*	....	....	....	....	....	....	....	....
Diphtérie, croup	....	1	1	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Coqueluche	1	....	1	*4*	....	1	1	*2*	....	....	....	....
Erysipèle	....	....	....	....	....	....	....	*1*	....	....	....	....
Fièvre typhoïde	3	3	6	....	....	1	1	*2*	....	....	....	....
Dysenterie	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Infection puerpérale	....	....	....	....	....	1	1	*1*	....	....	....	....
Autres infections	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....
Phtisie pulmonaire	8	10	18	*19*	4	2	6	*6*	....	4	4	*2*
Bronchite chronique	2	1	3	*2*	1	....	1	....	....	....	....	....
Bronchite aiguë	2	....	2	*1*	1	....	1	....	....	....	....	....
Pneumonie	1	2	3	*2*	....	1	1	....	....	....	....	*3*
Pleurésie et suites	1	....	1	*1*	....	1	1	....	....	....	....	....
Autres affect. respir.	3	2	5	*2*	....	....	....	*1*	1	....	1	....
Affections cardiaques	7	5	12	*13*	1	5	6	*2*	1	....	1	....
Autres circulatoires	1	1	2	*1*	....	....	....	*1*	....	....	....	....
Diarrhée, athrepsie	9	5	14	*3*	8	5	13	*7*	....	....	....	*6*
Autres affect. digest.	1	6	7	*9*	6	5	11	*5*	3	1	4	*1*
Apoplexie	1	1	2	*1*	....	1	1	*2*	....	....	....	*1*
Autres affect. nerv.	9	5	14	*9*	2	2	4	*4*	1	3	4	....
Affect. génito-urinair.	3	7	10	*4*	1	1	2	*3*	2	....	2	*1*
Autres affections générales	4	3	7	*2*	4	....	4	*2*	....	....	....	*2*
Autres affections locales	4	4	8	*13*	1	....	1	*1*	....	....	....	....
Traumatisme	1	1	2	*2*	2	....	2	....	....	....	....	*1*
Mort violente	2	1	3	*4*	2	....	2	*3*	....	....	....	....
Causes non classées	2	4	6	*6*	....	....	....	*1*	....	....	....	*3*
TOTAL DES DÉCÈS	65	62	127	*99*	33	26	59	*44*	8	8	16	*20*
dont dans les hôpitaux	21	21	42	*22*	12	5	17	*14*	6	3	9	*4*

DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES ET PRI

25 VILLES SUISSES

Du 1er Janvier (début d

au 23 Février 1889 (4 semaines).

VILLES SUISSES de plus de	Population calculée milieu 18	Total des décès.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche	Fièvre typhoïde et typhus.	Infection puerpérale.	Phtisie pulmonaire.	Affections resp. aiguës.	Entérite des jeunes enfants

TABLEAU COMPARATIF DES DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES

DANS QUELQUES VILLES D'EUROPE

PENDANT LE TROISIÈME TRIMESTRE DE L'ANNÉE 1886

Dressé en **nombres proportionnels**, le total des décès dans chaque ville valant 1000

SUISSE	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Typhoïde et typhus.
Genève. . . .	. . . .	. . 3.	. . 9.	. . 6.	. 25.	. . . .
Zurich.	. . 9.	. 18.	. . . .	. 14.	. . . .	. 14.
Bâle.	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. 16.	. 13.
Berne.	. . . .	. . . .	. . . .	. 28.	. . . .	. . . .
Lausanne . .	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. 14.	. 14.
Chaux-de-F.	. . . .	. . . .	. . . .	. . 9.	. . 9.	. . 9.
Saint-Gall. .	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. 41.	. . 8.
Lucerne . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. 28.	. . . .	. 43.
Neuchâtel. .	. . . .	. . . .	. . . .	. 23.	. 46.	. 11.
Winterthour	. . . .	. 59.	. . . .	. 15.	. . . .	. 15.
Schaffhouse.	. . . .	. . . .	. . . .	. 33.	. . . .	. . . .
Bienne	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. 36.	. 12.
Fribourg. . .	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .
Hérisau. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. 15.	. 15.	. 31.
Locle	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .	. . . .

ETRANGER	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Typhoïde et typhus.
Reims.	. 18.	. . . .	. . 3.	. . 9.	. 14.	. 14.
Nantes	. . . .	. . 1.	. . . .	. 24.	. 12.	. 19.
Bordeaux . .	. . 1.	. . 1.	. . 6.	. 15.	. 10.	. 26.

ETRANGER	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Typhoïde et typhus.
Paris.	. . 2.	. 22.	. . 8.	. 18.	. 11.	. 22.
Lyon.	. . . .	. . 7.	. . 3.	. 12.	. . 9.	. 27.
Marseille. . .	104.	. . 9.	. . 2.	. 35.	. . 2.	. 44.
Le Havre. .	. . . .	. . 4.	. . 1.	. 15.	. . 4.	. 28.
Nancy.	. . . .	. . . .	. . . .	. . 6.	. . 4.	. 15.
Besançon. . .	. . . .	. . . .	. . . .	. . 3.	. . . .	. 40.
Nice.	. 23.	. . 2.	. . 4.	. 36.	. . . .	. 31.
Bruxelles . .	. . 3.	. . 9.	. . 2.	. 13.	. 11.	. . 7.
Londres . . .	. . . .	. 20.	. . 9.	. 15.	. 15.	. . 9.
Pétersbourg	. . 7.	. 23.	. 24.	. 16.	. 11.	. 25.
Berlin.	. . . .	. 13.	. . 5.	. 32.	. . . .	. . 7.
Munich. . . .	. . . .	. 1/2.	. . 9.	. 16.	. . 8.	. . 7.
Dresde	. . . .	. 10.	. . 2.	. 44.	. . . .	. 10.
Stuttgart. . .	. . . .	. . . .	. . 4.	. 20.	. . . .	. . 4.
Strasbourg .	. . . .	. . 8.	. . . .	. . 7.	. . . .	. 10.
Vienne	. . 4.	. 13.	. . 5.	. 18.	. . 6.	. . 4.
Buda-Pesth.	. 79.	. . 9.	. 53.	. 38.	. . 1.	. 16.
Rome.	. 30.	. . 4.	. . 1.	. 12.	. . 3.	. 15.
Turin	. . 1.	. 12.	. 12.	. 22.	. . 8.	. 29.
Venise.	. . 7.	. . . .	. . . .	. . 2.	. . 2.	. 10.

RÉSUMÉ DU TROI

Les mois de juillet, août et se
chargés de décès. Cette année ils
En effet, le bulletin du Bureau fe
tion très marquée de la mortali
l'ensemble des quinze principales
mestre de cette année, comparati
tre pendant les deux précédentes périodes de cinq ans. Voici les chiffres :

3me TRIMESTRE.	1876 à 1880.	1881 à 1885.	1886	Diminution.
Naissances.....	3251	3222	3135	4 %
Total des décès.....	2383	2260	2141	10 »
Diphtérie et croup..... ..	34	44	22	36 »
Entérite des petits enfants..	465	380	270	42 »
Variole..... ...	6	8	3	58 »
Typhoïde.....	67	54	21	69 »
Scarlatine.....	29	11	3	89 »
Ensemble des 6 malad. infectieuses.....	177	157	87	51 »

Pendant que la population de ces quinze villes s'accroissait en dix ans de plus de soixante-dix mille habitants, soit de 18%, la mortalité générale pour le troisième trimestre s'est abaissée de 10%. Les decès causés par les six maladies infectieuses qui figurent habituellement sur nos tableaux, n'ont plus formé pour ce trimestre en 1886 que le 4% du total des décès, tandis qu'ils en formaient le 7,43% de 1876 à 1880 et le 6,90 de 1881 à 1885. On peut donc bien dire que l'été de 1886 a été exceptionnellement salubre en Suisse.

La *variole* qui, au commencement de l'année, amenait un nombre inquiétant de décès à Zurich, n'en a plus amené que quatre en juillet et aucun depuis lors. A l'étranger, elle a continué à en amener une forte proportion à Pesth et une plus considérable encore à Marseille.

La *rougeole* a été partout très peu meurtrière.

La *scarlatine* l'a été encore moins, sauf à Pesth.

La *diphtérie* déjà peu grave au printemps, a continué à l'être jusqu'à présent.

La *coqueluche* aussi, sauf qu'elle s'est montrée dans huit villes de la Suisse au lieu de sept.

La *typhoïde* enfin n'a amené une proportion notable de décès qu'à Marseille, Lucerne et Besançon.

Le *choléra* qui s'est montré sporadique en plusieurs localités d'Italie et de l'Europe orientale, a atteint épidémiquement trois villes importantes. A Venise il a causé, pendant le deuxième trimestre 501 décès soit 351 ‰ décès généraux, et pendant le troisième 132 décès, soit 139 ‰. — A Trieste il y a eu au printemps, 6 décès, soit 3 ½ ‰, et en été 411, soit 192 ‰. — A Pesth où le choléra n'a paru que pendant le troisième trimestre, il y a causé 169 décès, soit 41 ‰ décès généraux.

Altérations graduelles de l'écriture de M. atteint d'ataxie locomotrice:

1864 et 1867 — *riture normale*

Doit

1864 Juillet 25 Reçu de Mr B. — Six francs

" " " Sch. — 3 traductions

1867

Janvier

2 timbres St. — 5 | 50

" timbres M. — 1 | —

1871 — *Début de l'altération*

Timbres poste français 11 | 90

Timbres fiscaux Vaudois 8 | 55

Timbres poste Suisses | 80

1876 conduite à la maison

1883 dyez l'estime de

1884 dyez dans les

VI^me ANNÉE. — N° 12. 15 DÉCEMBRE 1886.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de l'hydrocéphalie interne dans la syphilis héréditaire,

Par le Dr Georges SANDOZ.

Ancien interne à l'hôpital des enfants, à Berne,
Médecin à Dombresson, canton de Neuchâtel.

I. INTRODUCTION.

La syphilis héréditaire et l'hydrocéphalie peuvent être rangées parmi les maladies de l'enfance qui ont le plus excité l'esprit investigateur du clinicien et du pathologiste.

Malgré les nombreuses recherches et les observations recueillies depuis longtemps déjà, combien n'y a-t-il pas encore de points mal définis dans l'étude de la transmission héréditaire de la vérole.

Ici nous nous trouvons en face de deux possibilités. Ou bien il s'agit d'une *transmission héréditaire proprement dite*, soit par la cellule spermatique, soit par l'ovule ; ou bien c'est le sang de la mère infectée qui va contaminer le fœtus par la circulation placentaire.

Ce dernier mode de *transmission* — par *infection intra-utérine* — admis par plusieurs auteurs français, a été vivement discuté en Allemagne et même nié par Kassowitz [1] qui, en 1876, après de nombreuses observations, arrive à la conclusion

[1] KASSOWITZ, Die Vererbung der Syphilis. Wien, 1876, p. 67.

que le virus syphilitique ne peut pas traverser la c placentaire, pas plus de la mère à l'enfant que de l'e mère. La mère qui porte un enfant syphilitique dan acquiert, il est vrai, par là, une immunité contre l mais, d'après l'auteur cité, cela ne prouve point qu syphilitique, et, ce qu'on a appelé le *choc en retour*, n tre point la possibilité du passage du virus syphiliti vers le placenta.

Cette manière de voir établie, il semblait donc l nier aussi le passage du virus en sens inverse, c' l'infection intra-utérine. Jusqu'à ces dernières années on ne possédait pas d'observations de conception entr sains avec infection de la mère pendant la grossesse e monde d'un enfant syphilitique.

Depuis la publication du travail de Kassowitz, que n plus haut, des faits tels que l'observation de Zeissl, née par ce même auteur dans un travail ultérieur [1], cependant devoir donner raison à ceux qui admette tion dans le sein maternel (*infectio intra uterum*). Les en pensant, avec la plupart des auteurs, que, dans l totalité des cas, il s'agit de transmission directe (par la cellule spermatique ou l'ovule), regarde l'autre mode de transmission comme rigoureusement démontrée, mais comme s'accomplissant bien plus rarement.

La découverte d'un microorganisme [2] comme agent de transmission de la syphilis permettra sans doute une étude plus approfondie de ces questions et, une fois les deux modes de transmission (directe et intra-utérine) bien établis, qui sait si l'on n'arrivera pas à noter aussi une marche différente dans le développement clinique de la maladie? Qui sait si certaines affections du nouveau-né, dont les causes nous échappent encore, ne sont pas en rapport avec une conception entre germes provenant d'individus syphilitiques? Qui sait, en effet, si le microorganisme ne peut pas, par une action directe sur l

[1] Kassowitz, Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Vererbung d Syphilis. *Wiener medis. Blätter* n° 2, 3 u. 4. 1880.

[2] Lessen, Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten, II Theil p. 210. Leip 1886.

[3] Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der pathologischen Anatomie, 3te Auflage. Vol. Leipzig, 1886. — Lessen, Op. cit. p. 81.

éléments organiques mis en présence dans l'acte de la fécondation, exercer aussi une influence sur le développement de l'embryon, sans que ce dernier présente pour cela les symptômes ordinaires de la syphilis [1] ? Peut-être cette influence pourrait-elle même jouer un certain rôle dans la production d'anomalies comme le spina bifida, le bec-de-lièvre, etc., supposition qui nous paraît d'autant plus probable qu'on a constaté de telles anomalies dans des cas de syphilis héréditaire et dans des cas d'hydrocéphalie.

Toutes ces questions sont encore des hypothèses, des spéculations de l'esprit, et l'on se demande si, dans un terrain aussi difficile à défricher que la syphilis héréditaire, on arrivera à tout éclaircir et à faire de ces nombreux points d'interrogation des affirmations scientifiques, et si l'on n'en reviendra pas à la conclusion de Follin : « La syphilis semble devoir toujours être, comme l'homme qu'elle atteint, une grande et permanente énigme. »

L'hydrocéphalie de son côté, du moins dans sa forme congénitale et chronique, a été jusqu'à présent une énigme non moins permanente, lorsqu'on a cherché à en étudier l'étiologie.

Tous les auteurs que nous avons pu consulter avouent, en effet, que les causes de l'hydrocéphalie congénitale (par là nous comprenons l'hydrocéphalie antérieure à la naissance et celle qui se produit dans les premiers mois de la vie), sont très obscures. Les seules influences positives que l'on admet en général sont les suivantes [2] : vices de conformation, arrêt de développement du cerveau, inflammation lente de la membrane ventriculaire (épendymite), compression ou oblitération des veines et des canaux veineux et même des canaux artériels..... enfin crétinisme chez les ascendants et les collatéraux. A côté de cela, nous trouvons, comme causes prédisposantes, l'alcoolisme, la vieillesse des parents, la compression du ventre de la mère pendant la gestation, etc. Le rachitisme [3] est également

[1] Influence supposée déjà, mais sans supposition de l'action spécifique d'un microorganisme, par Charles MAURIAC : Leçons sur les maladies vénériennes professées à l'Hôpital du Midi. Paris, 1883, p. 84.

[2] Voir JACCOUD, Traité de pathologie interne. Tome I, p. 481. Paris 1883.

[3] STEFFEN, Die Krankheiten des Gehirns im Kindesalter in GERHARDT : *Handb. der Kinderkr.* B. V. p. 215 etc. Tübingen 1880. — HÜTER, Grundriss der Chirurgie. Spec. Theil. B. II. Abthlg. I s. 45. Leipzig 188 ;.

cité comme ayant un rapport ave
plupart des auteurs, son influenc
prédisposante, c'est-à-dire que, ch
souplesse des os du crâne, le ma
et des parois vasculaires), la fa
l'accumulation de liquide dans le
distension de la boîte osseuse. No
une transsudation et non à un exsu

Une autre cause, que nous trouv
auteurs dans l'étiologie de l'hydroc
cause est celle qui nous intéresse
travail, nous allons tâcher de pr
moins, un rapport entre ces deux
beaucoup de contradictions et beau

Plusieurs pathologistes admett
fluence de la syphilis dans le dével
interne. Pour les uns [1] c'est une
produisant peut-être par une actio
comme nous l'avons vu pour le ra
s'agit d'une altération probableme
et des méninges.

Fournier [2] fait remarquer la f
syphilis chez le père et de l'hydroc
conclure que l'hydrocéphalie résult
fique.

Strümpell [4] estime qu'un jugeme

Koths [5], malgré l'observation de
tiques avec affection des artères
trouve les deux ventricules lat
l'épendyme épaissi, estime qu'il e
teux que l'on puisse attribuer l'h

[1] Ziegler, Lehrb. der allg. u. speciel Patho
1885.

[2] Birch-Hirschfeld, Lehrb. der pathol. A

[3] Cité par D'Espine et Picot . Manuel pratiq
p. 338. Paris 1884.

[4] Strümpell, Lehrb. der specel. Pathol. u.
Theil 1, p. 398. Leipzig 1885.

[5] Koths, Luetische Erkrankungen des Gehir
Verhandlungen der ersten Versammlg. der Gese
burg in B. 1883, p. 142.

la syphilis. Véronèse [1], par contre, est d'avis que l'hydrocéphalie interne avec fort épaississement de l'épendyme n'est point une rareté dans la syphilis.

Citons enfin Diday [2] parmi les auteurs qui ne veulent voir aucun rapport entre la syphilis héréditaire et l'hydrocéphalie.

L'influence de la diathèse syphilitique dans le développement de l'hydrocéphalie n'est donc généralement considérée que comme un fait probable et non comme une certitude.

Des preuves positives manquent encore et nulle part nous n'avons pu trouver la description complète du développement clinique et des lésions anatomiques de l'hydrocéphalie chez des enfants présentant des accidents syphilitiques évidents.

Ce n'est que dans la monographie de Bærensprung que nous avons trouvé des cas d'hydrocéphalie. Ces cas, nous les transcrivons à la suite de nos observations, et l'on pourra voir qu'ils sont décrits d'une manière très succincte et que l'auteur ne semblait pas attribuer grande importance au sujet qui nous occupe.

Ayant eu nous-même l'occasion d'observer des hydrocéphales syphilitiques à l'hôpital des enfants à Berne, encouragé par M. le Prof. Dr Demme qui possédait déjà des observations analogues, nous avons trouvé intéressant d'en donner une description détaillée.

Sans prétendre que toute hydrocéphalie est sous l'influence de la vérole, nous chercherons à montrer que la syphilis héréditaire peut y conduire et nous tâcherons de saisir les caractères principaux de l'hydrocéphalie spécifique.

Quoique nous n'ayons pas des observations assez nombreuses pour en tirer des conclusions absolument rigoureuses, — au point de vue pathologique surtout, — nous espérons pourtant arriver à certaines données qui pourront être utiles aux médecins qui auront l'occasion de voir des cas analogues à ceux que nous publions.

[1] Véronèse, Syphilis als ætiolog. Moment bei Erkrankungen des Nervensystems. *Wiener Klinik*, sept. 1883.

[2] Diday, Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris 1854.

II. Observations.

1° *Cas observés à l'hôpital Jenner à l*

Obs. I. — *Antécédents.* (17. janv. 1881.) G. A. Parents journaliers, très pauvres. Père bien portant, n tes d'une syphilide squameuse à la paume des mains enfants étaient normalement formés et sains à leur n vigoureusement développés. Dans l'année 1879 la m che. Le fœtus, d'environ 7 ½ mois, vint au monde i le troisième jour de faiblesse générale. On ne peut ments plus précis sur l'état de l'enfant.

G. A. est né le 10 novembre 1880. A la naissan bien portant. Le 17 décembre apparut sur les tég supérieurs et inférieurs une syphilide érythémate mois se développèrent en outre des rhagades et de au pourtour de l'anus, ainsi qu'aux commissures d est nourri au sein.

État actuel. (17 janv. 1881.) Enfant chétif. Sur les mités inférieures, surtout des cuisses et de la plan avant-bras et la paume des mains de nombreuses grosseur d'un pois, recouvertes par places d'écailles ces taches de petites papules non suppurées. Fort inte des plis fessiers, au périnée et aux cuisses. Phim l'anus rhagades et plaques muqueuses, de même de missures labiales. La peau en général est sèche et pi desquamations.

Langue très chargée, sèche. A l'oreille droite un é lent, tympan intact. Légère conjonctivite des paupiè

L'examen des poumons et du cœur ne permet de ration pathologique notable.

Le foie est gros, mais la palpation n'en est pas do également un peu agrandie.

Des traces d'albumine dans l'urine, pas d'élémen le sédiment.

Poids 4020 grammes.

Dimensions de la tête : grande circonférence, 34,5 la protubérance occipitale externe, 21,7 ; d'une orei

Diagnostic. Syphilis héréditaire (transmise probs

Traitement. Bains au sublimé, 1,0 par bain.

Régime : l'enfant ne pouvant plus être nourri au sein de sa mère, qui a perdu son lait, est alimenté artificiellement avec du lait de vache et de l'eau d'orge.

20 *janvier*. Les syphilides et plaques muqueuses ont beaucoup dimi-

nué. Poids 4155. Tête renversée en arrière, enfoncée dans l'oreiller. Pupilles plus dilatées qu'à l'ordinaire. Léger strabisme convergent. Fontanelles fortement tendues. Continuation des bains.

28 *janvier*. Poids 4180.

Circonférence de la tête (protubérance occipitale externe, oreilles, glabelle), 36,0 ctm. ; glabelle protubérance, 22,5 ; transverse, 21,0.

Dans la journée, 3 à 4 selles légèrement vertes, mal digérées. Météorisme. Léger catarrhe des bronches. T. 36,8. P. 104.

Bains, sirop d'iodure de fer (iod. fer. 0,15 par jour).

4 *février*. Tête fortement renversée en arrière et enfoncée dans l'oreiller. Les syphilides ont disparu. Seulement encore une teinte brunâtre visible à la plante des pieds. Les plaques muqueuses se montrent encore comme des épaississements humides de la grosseur d'un demi-pois au pourtour de l'anus. — Poids 4210 gr. — Circonf. de la tête 38,5 ctm., diamètre fronto-occipital 27,0, diamètre transverse 23,0. — Fontanelles fortement tendues, fluctuantes. — T. 36,5. P. 92.

Iodure de fer 0,25 par jour. Bains.

16 *février*. Par moments contractions fibrillaires dans les muscles des extrémités de la face. Roulement des bulbes oculaires. Gémissement continuel interrompu par des cris très aigus. Peu de sommeil la nuit. Constipation combattue par des lavements. Circonférence de la tête 40,7, diamètre fronto-occipital 28,5, diamètre transverse 24,5. Bains.

25 *février*. A plusieurs reprises convulsions qui ont une durée de 3-5 minutes. Cri continuel.

A l'examen ophtalmoscopique on constate des deux côtés un commencement de neuro-rétinite (Stauungspapille) ; réseau veineux très dilaté.

T. 37,9. P. 100. Poids 4150. Circonf. de la tête 45,0, diamètre fronto-occipital 29,0, diamètre transverse 25,5. Bains.

3 *mars*. Dans la nuit du 2 au 3 mars survient la mort à la suite d'un affaiblissement croissant et après une chute de la température jusqu'à 35,5.

Autopsie (3 mars). Cadavre très amaigri. Sur les téguments on voit encore les traces des syphilides. Plusieurs petits furoncles sur la peau des régions fessières.

Crâne : Veines de la dure-mère fortement gorgées de sang. Dans le sinus longitudinal supérieur un coagulum allongé. Réseau veineux de l'arachnoïde fortement rempli. Les deux ventricules latéraux très dilatés, distendus par un liquide abondant, légèrement trouble. Ependyme épaissi, par places d'un aspect mat. Troisième ventricule également dilaté et rempli de liquide. Trou de Monro et quatrième ventricule aussi distendus. Plexus choroïdes fortement injectés. Examen de la substance du cerveau et du cervelet ne démontre aucune altération notable.

Thorax : Poumons : foyers d'atélectase dans les parties périphériques des lobes supérieurs. Cœur petit ; dans l'oreillette droite caillots noirâtres. Myocarde pâle.

Abdomen : Foie volumineux présentant les caractères du foie adipeux

physiologique. Pas d'hépatite ni de périhépatite. Rate molle, contenant beaucoup de sang.

Diagnostic anatomique. Hydrocéphalie interne subaiguë consécutive à une syphilis héréditaire (inflammation de l'épendyme ventriculaire).

Obs. II. — *Antécédents* (11. fév. 1883). J. G. de Fribourg, né le 2 janvier 1883 d'une famille de journaliers.

Avant cette naissance 2 enfants mort-nés ; la mère ne présente pas de symptômes spécifiques. L'enfant a été nourri au sein de sa mère pendant trois semaines. Au commencement de la quatrième semaine apparut une syphilide papuleuse de la partie inférieure du corps ; plaques muqueuses au pourtour de l'anus. A la sixième semaine les parents remarquèrent que la tête augmentait rapidement de volume avec écartement du frontal, des pariétaux et de l'occipital, c'est-à-dire élargissement de la grande fontanelle.

Le réseau veineux des parties molles du crâne et celui du front se montrèrent consécutivement dilatés. Sur la peau du front et de la région mentonnière apparurent des taches cuivrées, rougeâtres, légèrement desquamées, de la grosseur d'un pois à celle d'une pièce de un centime.

A l'examen policlinique de l'enfant, on constate l'état suivant :

État actuel (11 fév. 1883). Enfant très amaigri. Facies sénile. Partie sus-orbitaire du frontal saillante en avant. La forme de la tête est le type parfait de l'hydrocéphale.

Circonférence de la tête 47,3 ctm., diamètre fronto-occipital 29,0. Poids 4098 gr.

Sur les téguments des avant-bras, des fesses, des extrémités inférieures une légère éruption papuleuse. Le pourtour des papules est brun cuivré. Quelques papules plus grandes crevées forment des ulcérations de la grosseur d'une lentille avec un fond gris jaunâtre. Fort intertrigo des plis fessiers. Ganglions de l'aine et de l'aisselle engorgés.

Thorax : En avant et en arrière des râles humides.

Abdomen : Météorisme. Palpation non douloureuse. Plaques muqueuses à l'anus.

Dans une journée une à trois selles liquides verdâtres. Urine peu abondante. T. 36,8. P. 104.

L'enfant reste immobile sans s'inquiéter de ce qui se passe autour de lui, pousse de temps en temps un cri.

Traitement. Frictions avec l'onguent napolitain 0,25 par jour sur les régions qui ne présentent pas d'éruption. Tous les deux jours un bain de son.

Régime : lait et eau de riz quantités égales. Cognac 25 gr. par jour.

21 *février*. Circonférence de la tête 49,0, diamètre fronto-occipital 29,8. Poids 4410. T. 36,5.

Les frictions avec l'onguent napolitain sont continuées.

26 *février*. L'enfant est pris subitement, le 25, de nombreuses (8 à 10)

selles liquides verdâtres, et meurt, le 26 au matin, après avoir présenté une chute rapide de la température, un affaiblissement prompt et finalement des convulsions cloniques dans les membres.

Autopsie. (26. fév. 1883). L'autopsie devant être faite policliniquement, on ouvre seulement la boîte crânienne.

La calotte est enlevée avec la dure-mère. On trouve une accumulation d'un liquide aqueux dans l'espace sous-arachnoïdien. Les circonvolutions cérébrales sont presque complètement effacées et les deux ventricules latéraux sont fortement distendus, formant des sacs fluctuants recouverts seulement par une mince couche de substance cérébrale. Les ganglions centraux (corps striés, couches optiques) et les corps quadrijumaux sont aplatis, les commissures distendues ; le septum se laisse déchirer très facilement.

L'épendyme est par places épaissi et coloré au jaune. Forte injection veineuse des plexus choroïdes qui sont également épaissis, œdématcux.

Obs. III. — *Antécédents* (20 oct. 1885). F. A. de Berne, né le 30 juin 1885. Pas de prédisposition morbide héréditaire dans la famille.

Le père est manœuvre et doit, — au dire de la mère qui fournit les renseignements suivants, — s'être toujours bien porté jusqu'en 1881. Dans le courant de cette année-là, il présente une éruption qui, d'après la description donnée, est de nature spécifique (roséole sur tout le corps, corona veneris). Cette affection guérit après plusieurs semaines sans laisser aucune suite. Le manœuvre n'a jamais interrompu son travail et doit être actuellement en parfaite santé.

La mère est une femme à l'air robuste. Des six enfants qu'elle a eus avant celui que nous allons examiner, cinq sont venus à terme, quatre vivent et sont en bonne santé ; une fille est morte d'une pneumonie à l'âge de deux ans. Toutes ces grossesses ont eu un cours normal, ainsi que les accouchements et suites de couches.

En avril 1884, accouchement prématuré d'un enfant au septième mois. L'enfant a un aspect chétif, un facies sénile, visage maigre, nez pointu, teint brunâtre, peau ridée, grande faiblesse générale. Le second jour apparition au thorax et au visage de bulles avec auréole rouge et contenu séreux (pemphigus ?) ; affection dans le cou. Le troisième jour l'enfant meurt. Jusqu'à la naissance la grossesse avait été normale, couches et suites de couches également normales. Une seule chose a frappé la mère, c'est la quantité plus considérable des eaux.

A la fin de septembre 1884 commencement d'une nouvelle grossesse, qui suit un cours régulier et se termine à la fin de juin 1885. Ici encore eaux abondantes, accouchement et suites normaux. L'enfant est à terme, mais pas aussi bien développé que ceux des autres gravidités ; la peau a une teinte foncée, et ce qui, les premiers jours déjà, frappe l'accouchée et son entourage, ce sont la proéminence du front, les dimensions exagérées de la grande fontanelle et les fortes lignes bleues formées par les veines

du crâne. Le reste du corps ne présente rien de spécial et, à part une conjonctivite qui se déclare le second jour, le nouveau-né semble bien portant et prend volontiers le sein que sa mère lui donne pendant deux mois.

Au commencement de la troisième semaine, apparition d'une éruption sur tout le corps, particulièrement abondante au front, aux cuisses et au pourtour de la bouche. Ce sont, au dire de la mère, en partie des taches bronzées, en partie des boutons qui s'ouvrent en laissant échapper un liquide légèrement purulent. L'enfant n'est pas très éprouvé par cette affection, l'appétit est bon, les selles restent normales bien que la mère cesse de nourrir, au commencement de septembre, pour donner le biberon et le biscuit.

A partir de la fin de septembre, la mère remarque que l'enfant devient moins vif; il ne cherche plus à jouer, dort presque tout le jour et, ce qui surtout la surprend, c'est que les bonnets dont elle le coiffe deviennent trop petits au bout de quelque temps.

Convaincue que la tête de l'enfant devient trop grosse, elle le présente à la policlinique et l'enfant est reçu à l'hôpital le 19 octobre 1885. On commence le traitement le 20 octobre.

État actuel (10 nov. 1885). Enfant de 4 mois dix jours. Poids 5500, taille 57,5 ctm. Circonférence du thorax 38,0.

Enfant amaigri. Musculature faible, système osseux assez bien développé. La peau est pâle, a une teinte légèrement bronzée. Sur toute la face taches brunes rougeâtres, les unes lenticulaires, les autres plus grandes à bords diffus; par places légère desquamation de l'épiderme; tout le pourtour de la bouche a une teinte brunâtre; nombreuses rhagades et plaques muqueuses à la lèvre inférieure. Pas de coryza.

Sur les membres supérieurs mêmes taches qu'au visage; sur le tronc également quelques taches. Aux extrémités inférieures, surtout aux fesses, éruption plus forte, présentant avec encore plus d'évidence les caractères d'une syphilide érythémateuse. Au pourtour de l'anus, quelques plaques muqueuses en voie de guérison et quelques rhagades. Le long des sterno-mastoïdiens et à la nuque, glandes lymphatiques engorgées. Ganglions inguinaux tuméfiés.

Pouls régulier, normal (120). Respiration diaphragmatique, régulière. Pupilles et température normales.

Ce qui frappe, à l'examen de l'enfant, c'est le développement exagéré de la tête par rapport au reste du corps. La tête est piriforme, s'élargissant de bas en haut; le crâne est très développé par rapport à la face; le front fait saillie. Légère asymétrie; la bosse frontale droite proémine davantage du côté antérieur, tandis que la partie pariéto-occipitale gauche est plus saillante en arrière.

Mensurations de la tête :

Grande circonférence.....	43,5	ctm.
De la glabelle à la protubérance occipitale externe.....	26,0	»
D'un processus mastoïde à l'autre par les bosses pariétales..	30,0	»

Diamètre fronto-occipital	14,5	ctm.
» bitemporal	11,0	»
» bipariétal	12,5	»
Grand diamètre oblique (mento-occipital)	16,0	»
Petit diamètre oblique (occipital-grande fontanelle)	14,0	»

La protubérance occipitale externe est saillante; les bosses pariétales ne sont pas prononcées d'une manière exagérée ; par contre, le frontal, surtout dans sa moitié droite, est proéminent.

A la palpation, les os présentent une consistance ferme, dure à la protubérance occipitale, aux bosses pariétales et à la bosse frontale droite. En palpant la bosse frontale gauche, on trouve une perte de substance osseuse de la grandeur d'une pièce de 20 centimes. La forme en est ronde, légèrement irrégulière à la partie inférieure; les bords sont épais, durs. L'os est perforé de part en part; les parties molles ne présentent aucune altération, pas de cicatrice, pas de changement de coloration ; elles sont tendues et, lorsqu'on applique légèrement le doigt, on y constate une pulsation évidente.

En déprimant la grande fontanelle on sent les parties se tendre, et on constate aux deux régions des pulsations isochrones.

Les autres os du crâne ne présentent aucune altération. Les sutures frontale, coronaire, lambdoïde sont encore faciles à suivre, mais peu distendues. En pressant fort on peut introduire l'extrémité du petit doigt dans la petite fontanelle. La grande fontanelle est tendue, a une longueur de 6 ctm., une largeur de 4,6. A l'extrémité des branches postérieures de la suture lambdoïde on sent encore une dépression formée par les fontanelles latérales.

Les veines du cuir chevelu sont fortement ectasiées ; les cheveux sont rares et courts.

Dans la cavité buccale, l'arrière gorge et les oreilles rien de spécial à noter.

Examen du thorax : En avant le thorax est développé symétriquement, pas de chapelet rachitique. Choc de la pointe normal ; rien à la percussion ; rien à l'auscultation. En arrière : rien de pathologique.

Examen de l'abdomen : Ventre légèrement distendu ; foie facile à sentir ; rate non palpable. A la percussion, partout son tympanique ; la matité hépatique dépasse le rebord costal de deux travers de doigt dans la ligne mamillaire droite, atteint à gauche l'extrémité antérieure de la septième côte ; surface du foie lisse ; pas de sensibilité à la pression. Matité de la rate non agrandie.

Selles et urines normales.

Examen du système nerveux (autant qu'il est possible à cet âge) :

Cerveau. L'enfant a un air intelligent, montre peu de vivacité, est plutôt endormi.

Les nerfs cérébraux semblent être intacts, à part le nerf optique. L'examen ophtalmoscopique, fait par M. le Prof. Dr Pflüger, donne le résultat suivant :

Des deux côtés, dilatation des vaisseaux, neuro-rétinite (stauungspapille). papille surtout saillante à droite.

Moelle. Aucun trouble moteur. Sensibilité paraît intacte. Réflexes non augmentés.

Pas de troubles trophiques ni vaso-moteurs.

Diagnostic. Syphilis héréditaire, hydrocéphalie.

Traitement. Sirop d'iodure de fer. Bains au sublimé (0,75).

17 *novembre*. Secrétion muco-purulente du nez. A l'inspection rhinoscopique · gonflement de la muqueuse qui saigne facilement, petites ulcérations sur le côté droit du septum. Muqueuse du larynx pâle ; luette déviée à droite ; catarrhe bronchique.

Syphilides très diminuées, dimensions de la tête restées les mêmes. Traitement continué, en outre injections nasales avec solution d'acide borique (1 %).

20 *novembre*. De temps en temps secousses dans les membres supérieurs. Roulement des yeux.

26 *novembre*. Voile du palais rouge ; luette gonflée ; suppuration dans l'oreille gauche, tympan perforé.

27 *novembre*. Sur les téguments nouvelles taches avec une teinte cuivrée intense. Enrouement, palais rouge, amygdales gonflées. — Le sublimé est remplacé par l'onguent gris (0,25 pro dosi).

8 *decembre*. Enfant devenu très faible. Tête légèrement augmentée de volume. Poids 5405 gr.

10 *decembre*. L'enfant meurt.

Autopsie (11 déc. 1885, faite par M. le Prof. Dr Demme).

Cadavre très amaigri. Sur les téguments résidus des syphilides. A la plante des pieds desquamation de l'épiderme.

Crâne : On constate la perte de substance de la bosse frontale gauche, le pourtour ne presente pas les signes d'une inflammation récente. Pour le reste du crâne il y a adhérence de la dure-mère avec la face interne des os. Après avoir enlevé la partie supérieure de la boîte crânienne on trouve un hydrocéphale externe prononcé. L'espace sous-arachnoïdien est fortement distendu, fluctuant. La dure-mère et les méninges en général sont fortement injectées. Réseaux et sinus veineux fortement gorgés de sang.

A l'examen de l'encéphale, les hémisphères du cerveau apparaissent comme une enveloppe fluctuante des ventricules latéraux. Les ventricules sont très distendus, remplis par un liquide jaunâtre abondant. Les masses ganglionnaires de la base sont aplaties, leur surface présente une forte injection vasculaire. L'épendyme des ventricules latéraux est, par places, très épaissi, jaunâtre, comme recouvert de grains de sagou. Les plexus choroïdes sont gorgés de sang, œdémateux. Le troisième ventricule est très dilaté ; les commissures sont très amincies ; le trou de Monro est de la grosseur d'un crayon de moyenne grandeur. Le quatrième ventricule est également dilaté et rempli par le liquide déjà constaté dans les ventricules latéraux.

L'examen minutieux du cerveau, du cervelet et de la moelle allongée, au moyen de coupes transversales, ne permet de constater aucune tumeur, ni aucune altération de la substance nerveuse.

Dans les sinus de la base du crâne, des caillots sanguins rougeâtres, résistants.

Thorax : Cœur fortement rempli. Dans l'oreillette droite plusieurs caillots noirâtres. Myocarde de bonne consistance. Valvules intactes.

A la pointe du poumon droit une infiltration résistante de conleur blanc jaunâtre, occupant à peu près le tiers du lobe supérieur. Dans le lobe inférieur du poumon gauche un foyer analogue (pneumonie blanche de Virchow).

Abdomen : Foie légèrement mat à la surface ; enveloppe péritonéale par places fortement injectée et épaissie (perihépatite). Sur la coupe, à part une consistance ferme, pas d'altérations notables. Rate assez grosse. Reins riches en sang, sans cela normaux.

Obs. IV. — *Antécédents* (16 nov. 1885). K. J. de Berne, né le 23 juillet 1885.

Parents du père bien portants. Père de la mère mort d'un cancer d'estomac. Sans cela pas d'hérédité dans la famille.

Lors du mariage, il y a trois ans, le père était syphilitique — (c'est la mère qui donne ce renseignement) —, actuellement il est en bonne santé. La mère prétend n'avoir jamais été infectée, n'avoir jamais eu d'éruptions cutanées. Elle n'a pas l'air très robuste, mais dit souffrir de l'estomac depuis de longues années. Pas de cicatrices au voile du palais ; pas de ganglions.

Il y a 15 mois la mère accouche d'un enfant à terme. La grossesse est normale, l'accouchement laborieux, les suites de couches normales. L'enfant est nourri au sein pendant deux mois et s'est bien développé.

Naissance du second enfant le 23 juillet 1885. Grossesse et accouchement normaux. Enfant à terme, gros, bien portant.

Les parents disent avoir remarqué, les premiers jours, que la tête de l'enfant était molle, mais sa grosseur ne les a pas frappés.

Le troisième jour apparaît à chaque talon une vessie de la grandeur d'une pièce de 10 centimes avec contenu séreux et pourtour rougeâtre. Ces bulles ne guérissent complètement qu'il y a environ un mois (Pemphigus).

Le douzième jour apparition des plaques muqueuses à l'anus, puis au pourtour de la bouche. Après cela éruption générale, principalement à la face postérieure des extrémités inférieures.

Quelques jours après, les parents remarquent que la tête devient plus grosse. L'appétit de l'enfant, qui reçoit le sein de sa mère, reste normal ainsi que ses selles, mais il maigrit, devient somnolent, prend moins d'intérêt à ce qui se passe autour de lui.

Dans le courant d'octobre une seule attaque de convulsions, sans cela pas de symptômes nerveux.

État actuel (28 nov. 1885). Enfant de 4 mois 5 jours ; taille 55 ctm. ; circonférence du thorax 35 ctm. ; poids 5300 gr.

Enfant maigre. Squelette et système musculaire pas très fortement développés. La coloration des téguments est pâle, ici et là légères taches brunâtres, restes d'une éruption en voie de guérison.

Aux commissures labiales, à la face externe de la lèvre inférieure et au menton des cicatrices linéaires, irrégulières, bleuâtres, restes de nombreuses rhagades.

Au cou et au pli de l'aine quelques ganglions.

Pouls régulier, normal. Respiration normale.

La tête, par contre, présente une forme et un développement anormaux.

Mensurations :

Grande circonférence	43,0	ctm.
De la glabelle à la protubérance occipitale	25,5	»
D'un processus mastoïde à l'autre	29,0	»
Diamètre fronto-occipital	14,5	»
» bitemporal	10,0	»
» biparietal	11,0	»
» grand oblique	16,0	»
» petit oblique	13,0	»

La partie postérieure du crâne et la grande fontanelle sont surtout fortement développées. Légère asymétrie ; moitié droite un peu plus proéminente en avant.

Dans les régions pariétale et occipitale, cheveux très courts et rares. Veines gonflées.

A la palpation les os sont fermes, surtout l'occipital, qui ne se laisse pas déprimer, semble au contraire très épaissi.

La grande fontanelle est très tendue et pulse ; longueur 6,5 ctm., largeur 5,0 ; bords bien ossifiés ne se laissent pas déprimer.

Les sutures frontale et coronaire ne sont pas distendues ; à partir de la fontanelle on peut les suivre encore dans l'étendue d'un centimètre environ, après quoi elles semblent être complètement ossifiées. En arrière, dans l'étendue de 2,5 ctm., on sent la suture sagittale largement ouverte et l'on arrive dans une partie où l'os fait complètement défaut. Cette partie est ronde, assez régulière, de la grandeur d'une pièce de 2 francs environ. On y sent des pulsations et elle se tend lorsqu'on déprime la grande fontanelle. En arrière on trouve de nouveau une perte de la substance osseuse, irrégulière qui, par sa position, semble correspondre à la petite fontanelle ; elle est réunie à la première par une large suture, dans laquelle on peut introduire le bout du doigt et qui correspond à la suture sagittale. Dans toute cette région les téguments sont fortement tendus.

Thorax : Poitrine normalement développée. Pas trace de rachitisme. Léger catarrhe bronchique. Cœur normal.

Abdomen : Un peu de météorisme. Le foie atteint le milieu entre l'ombilic et le processus xyphoïde, sans cela rien de spécial.

Selles, urine, température normales.

Système nerveux : Ici encore rien de spécial, à part la somnolence et une ectasie des veines rétiniennes. Pas de vraie neuro-rétinite.

Diagnostic. Syphilis héréditaire. Commencement d'hydrocéphalie.

Traitement. Bains au sublimé, sirop d'iodure de fer.

20 *décembre.* L'enfant va mieux, n'a présenté aucun symptôme nerveux. La tête n'a pas grossi. Éruption complètement disparue.

L'enfant, qui n'était examiné que policliniquement, a été perdu de vue une fois amélioré.

2° *Observations tirées d'une monographie de Bærensprung* [1].

Obs. 14. — Infection et grossesse à la même époque. Symptômes secondaires dans le courant du troisième mois, guéris sans mercure. Naissance d'un enfant de 8 mois qui meurt de suite.

Autopsie par Virchow :

Taches bleuâtres sur les téguments et indurations du tissu cellulaire sous-cutané. Agrandissement du foie et de la rate. Restes d'une péritonite.

Le cerveau présente une hydrocéphalie bien prononcée.

Obs. 26. — Symptômes secondaires apparaissant chez la mère dans le quatrième mois de la grossesse, traités sans mercure. Enfin, au septième mois, naissance d'un petit enfant qui meurt au bout de 6 heures avec de nombreuses ecchymoses sur la peau.

A l'autopsie, ecchymoses dans plusieurs organes. Affection probablement spécifique du foie, etc. Placenta avec de nombreux coagula.

Autopsie du cerveau (Prof. Klebs) :

Fontanelles et sutures du crâne larges. Os très minces. Dans la cavité crânienne un peu de sérosité avec coloration ictérique. Sur la dure-mère quelques ecchymoses. Ventricules larges, remplis par une sérosité jaunâtre ; plexus œdémateux ; sur les parois ventriculaires et dans la substance cérébrale quelques ecchymoses.

Obs. 62. — Mère infectée à l'âge de 15 ans. A 19 ans les dernières traces de syphilis. Enceinte à 22 ans, met au monde un enfant à terme, gros, ayant l'air sain. A 8 mois éruptions syphilitiques, plaques. Nécrose du pariétal gauche. Dans les organes internes pas d'altérations spécifiques. Ventricules très larges avec des vaisseaux fortement dilatés dans leur paroi.

Cas où les deux parents sont infectés :

Obs. 5. — Père infecté un an avant le mariage. Dans le second mois

[1] Bærensprung, die hereditäre Syphilis. Berlin, 1864.

grossesse leucorrhée, condylômes. Au huitième mois naissance morte. De même seconde et troisième grossesse. A la quatrième naît un enfant hydrocéphale de 9 mois avec paralysie [illegible]. Sur le dos des taches bleues, rougeâtres, excoriées. Meurt [illegible] des mésaraïca.
[illegible]nfant (avorton), sixième et septième sont aussi syphilitiques.

Infection du père peu avant le mariage, 14 enfants. Le [illegible]ort à 7 mois ; le second meurt à l'âge de un an et demi, a toutes éruptions et le nez aplati ; le troisième meurt à un an et demi [illegible]halie qui occasionna une paralysie. Les autres enfants sont [illegible]s ou mort-nés ou vivants et sains.

[illegible]CUSSION DES CAS. — CARACTÈRES PRINCIPAUX DE L'HYDROCÉPHALIE SYPHILITIQUE.

[illegible]e question qui se pose à nous, est la suivante :
[illegible]nt nous avons donné la description, sont-ils bien [illegible]nts atteints de syphilis héréditaire ?
[illegible] est facile à donner. Toute personne qui a eu l'oc[illegible]cuper des maladies de l'enfance, reconnaîtra, en [illegible]eine, les signes d'affections spécifiques dans les [illegible]écrits.
[illegible]uatre cas, nous avons constaté des lésions caractéristiques [illegible] téguments et des muqueuses. Partout la teinte [illegible] peau en général ; partout des éruptions se présentent [illegible]lement sous la forme d'une syphilide érythémateuse [illegible]é de cela des papules, des squames, des bulles [illegible]actères du pemphigus. Enfin des rhagades, des [illegible]euses au pourtour de la bouche et de l'anus. En [illegible]pparition simultanée de ces espèces anatomiques, [illegible]uvons nous exprimer ainsi, — ce qui est un des [illegible]s frappants de la syphilis héréditaire où nous n[illegible] établir les périodes distinctes et typiques que l'on [illegible]a syphilis de l'adulte.
[illegible]lents des malades confirment encore cette manière [illegible]

I, la syphilis du père a pu être constatée ; une [illegible] précède la naissance de l'enfant observé.
II, l'infection, soit du père soit de la mère, n'a pu [illegible]

être confirmée; mais, ici encore, deux mort-nés avant la mise au monde de l'enfant observé.

Dans l'obs. III, le père a présenté une éruption cutanée que nous avons reconnu être de nature spécifique; un accouchement prématuré d'un enfant qui meurt syphilitique précède la naissance de l'enfant observé.

Dans l'obs. IV, pas de fausses couches, mais le père est reconnu syphilitique.

Une seconde question, non moins importante, est celle-ci :

Les enfants observés n'ont-ils, jusqu'à l'apparition de l'hydrocéphalie, présenté aucun symptôme d'une maladie, d'une complication quelconque pouvant en expliquer le développement?

Ici, passons en revue les différentes affections que nous avons mentionnées dans l'étiologie de l'hydrocéphalie congénitale.

Dans aucun des cas, dans aucune des autopsies, il n'est fait mention soit d'un vice de conformation, soit d'un arrêt de développement du cerveau, soit d'une gêne circulatoire dans cet organe ou dans ses enveloppes. Pas de tubercules, pas de tumeurs en général, pas de thrombose des sinus. L'épendyme présente des altérations, mais, comme nous le dirons plus loin, nous les considérons précisément comme étant de nature spécifique.

Nos anamnèses ne signalent ni le crétinisme, ni un âge avancé ou l'alcoolisme des parents. Autant de causes, du reste, encore bien problématiques, auxquelles, si même elles étaient notées, nous attacherions moins d'importance qu'à celle dont nous avons pu constater la présence palpable : la syphilis.

Dans aucun de nos cas, et c'est un point capital, ne se trouvent des lésions rachitiques. Nous savons, en effet, que, par suite du marasme, cette diathèse se développe facilement chez des enfants syphilitiques, sans admettre, par contre, avec Parrot[1] que le rachitisme reconnaît pour cause la syphilis héréditaire et que ses altérations sont des manifestations tertiaires du virus syphilitique. Dans nos cas, pas de gonflements épiphysaires, pas de courbures des diaphyses, pas d'épaississement des côtes ni de saillie des articulations chondro-costales (chapelet rachitique); pas de déformation de la cage thoracique, pas de déviation de la colonne vertébrale. Du côté des viscères pas de

[1] Parrot, Syphilis et rachitisme. *Progrès médical.* 1880.

signes faisant sou
rappelant le ventre

Quant aux lésion
vations III et IV,

Diday [1], qui lui e
très rares dans la s
d'en faire des lési
nant, — grâce au

Wagner et d'autres, — que le système osseux n'est point à l'abri des atteintes de la syphilis héréditaire. On a constaté, en effet, comme conséquence de cette diathèse, — à part les affections des os longs (gonflement entre l'épiphyse et la diaphyse, spina ventosa, etc.), bien séparées aujourd'hui du rachitisme, — des lésions de la boîte crânienne [2] : tantôt infiltration diffuse, production d'ostéophytes donnant naissance au « crâne natiforme » de Parrot, tantôt au contraire des pertes osseuses, des perforations allant jusqu'à la dure-mère, le plus souvent symétriques, mais aussi isolées unilatérales. Ces altérations peuvent même être congénitales et se présenter au crâne seul, sans affections simultanées du reste de la charpente osseuse.

Dans l'obs. III, nous avons trouvé une perte de substance au niveau de la bosse frontale gauche, perte qui s'étendait jusqu'à la dure-mère et qui fut constatée à l'autopsie. Les os du crâne présentaient, à part cela, une consistance ferme ; les fontanelles et les sutures étaient tendues et un peu élargies par suite de l'épanchement ventriculaire, mais les bords des sutures ne présentaient pas l'épaississement que l'on rencontre habituellement dans le rachitisme. Le crâne était légèrement asymétrique, mais la distension s'étendait néanmoins à tous les diamètres, ainsi que les mensurations l'indiquent. Pas de crâniotabes qui, lorsque le rachitisme se développe aussi tôt, ne peut manquer. En un mot, des lésions semblables à celles décrites dans des cas de syphilis et s'éloignant des accidents typiques du rachitisme.

Dans l'obs. IV, les lésions constatées se rapprochent également plus de la syphilis. Ici encore les os sont solides, l'occipital est épaissi. A part la suture sagittale, qui présente une

[1] Diday, Op. cit.

[2] Steffen, Ueber Syphilis der Knochen u. Gelenke. *Verhandlungen der ersten Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Freiburg in B.* 1883, p. 137.

perte osseuse semblant s'être développée symétriquement dans les deux pariétaux, les autres sutures ne sont pas distendues; elles sont au contraire presque complètement soudées et ne présentent aucun épaississement des bords.

En outre, dans les deux cas (obs. III et IV), le reste du squelette est normal.

Un seul cas au sujet duquel nous avons quelque hésitation, est celui de l'obs. 26 de Bærensprung. Mais ici encore la syphilis est certaine, tandis que le rachitisme n'est qu'une possibilité.

Disons encore que dans aucune de nos observations n'est survenue une maladie intercurrente des organes thoraciques ou des viscères abdominaux pouvant expliquer le développement de l'hydrocéphalie. Cette dernière est, par conséquent, bien une suite de la diathèse syphilitique.

Essayons maintenant de tracer, en quelques lignes, les *caractères principaux de l'hydrocéphalie spécifique.*

Étudiant d'abord la *marche clinique* et nous demandant à quel moment apparaît l'affection cérébrale qui nous occupe, nous voyons, — à en juger par les cas de Bærensprung, — que l'hydrocéphalie spécifique peut être réellement congénitale.

Ainsi, dans l'obs. 14, un enfant de 8 mois, mort peu de temps après sa naissance, présente à l'autopsie une hydrocéphalie évidente.

Dans l'obs. 26, un enfant de 7 mois, mort six heures après l'accouchement, présente une dilatation des ventricules cérébraux.

Dans l'obs. 5, un enfant de 9 mois vient au monde hydrocéphale.

Dans nos quatre observations les affections de la peau et des muqueuses précèdent le développement de l'hydrocéphalie.

Dans l'obs. I, l'enfant, bien portant à la naissance, présente une syphilide et des plaques muqueuses au commencement du second mois. Au commencement du troisième mois il est soumis à un traitement. Dans la seconde moitié de ce mois la syphilide et les plaques ont diminué, mais une hydrocéphalie se développe. La syphilide disparaît, l'hydrocéphalie augmente et l'enfant meurt, à la fin du quatrième mois, à la suite d'un affaiblissement progressif.

Dans l'obs. II, la syphilide et les plaques apparaissent à la fin du premier mois. Dans le courant du second mois la tête

grossit. On commence le traiter
quand même et l'enfant meurt

Dans l'obs. III, l'enfant est à
raît déjà un peu grosse. Ce n'e
que l'hydrocéphalie devient évi
l'enfant a présenté une syphilid
au quatrième mois. L'affection
les muqueuses sont de plus en
l'hydrocéphalie progresse aussi.
commencement du sixième moi

Dans l'obs. IV, l'enfant est à
peu mou, mais pas trop gros. I
milieu du premier mois, syphi
mois, hydrocéphalie. Traitemen
A la fin du cinquième mois la
phalie ne fait pas de progrès.

Dans l'obs. 62 (Bærensprung
lide et des plaques apparaisse
l'autopsie on constate une dilat

Dans l'obs. 6 (Bærensprung),
litiques, meurt hydrocéphale à

Ces deux derniers cas ne son
complète pour qu'on puisse se r
marche de la maladie, de l'épo
cutanés, de l'époque d'apparitio

Quant aux *symptômes,* soit
l'hydrocéphalie syphilitique, ce
phalie congénitale et chronique

Le crâne prend un développe
face, se distend dans tous ses di
dance à s'avancer au-dessus de
tête va en s'élargissant du bas
les veines ectasiées, les fontanel
Ajoutez à cela, suivant le cas, d
osseuse, les résidus d'affection
vous aurez l'image de l'hydroc
s'est présentée à nous.

Les signes fonctionnels sont
degré de développement de la m
ment, de la somnolence, ici et là
muscles, même de véritables co

fection a une marche rapide, comme dans l'obs. I. Deux fois nous avons constaté une neuro-rétinite. Bærensprung cite des cas compliqués de paralysie.

La marche de la maladie semble avoir un caractère plutôt rapide, même malgré un traitement spécifique, sans cependant qu'on observe des symptômes fébriles aigus. Ainsi dans l'obs. I la circonférence de la tête qui mesure, au 17 janvier, 34,5 cent. atteint, au 29 mars, 45 ctm. Dans l'obs. II elle augmente d'environ 2 ctm. du 11 au 21 février.

Pour ce qui concerne l'*anatomie pathologique,* on retrouve aussi les lésions mentionnées généralement dans l'hydrocéphalie, mais il y a des particularités à signaler.

Tout d'abord nous avons trouvé les os du crâne en général plutôt épaissis, présentant dans les cas III et IV des lésions spéciales sur lesquelles nous avons déjà insisté plus haut.

Dans les trois autopsies que nous rapportons, nous constatons à l'ouverture du crâne :

Une forte injection vasculaire des méninges, une forte dilatation de tous les ventricules, surtout des ventricules latéraux, dont les parois sont très minces et forment comme une espèce de kyste rempli par un liquide jaunâtre légèrement trouble. Les trous de Monro sont dilatés, les couches optiques et les corps striés sont fortement aplatis, les commissures distendues, le septum ramolli.

Fait particulier et important, nous trouvons une lésion constante de l'épendyme ventriculaire et des plexus choroïdes. Dans les trois cas, ces derniers sont gorgés de sang, œdémateux ; l'épendyme est vascularisé, épaissi par places, mat, de couleur jaunâtre, semble recouvert de grains de sagou, ainsi que le mentionne une des autopsies.

La substance cérébrale même ne présente pas d'altération appréciable.

Des lésions de l'épendyme ont été constatées plusieurs fois déjà, par divers auteurs [1], dans des cas d'hydrocéphalie. Birch-Hirschfeld [2] considère les épaississements inflammatoires de l'épendyme et des méninges, mentionnés dans certains cas, comme étant probablement de nature syphilitique. Steffen [3]

[1] Voir Jaccoud et D'Espine et Picot, Op. cit.

[2] Op. cit. p. 202 etc.

[3] Gerhardt, Handbuch der Kinderkr. B. V, p. 416, etc.

trouve dans un cas de
des plexus choroïdes et d

Les faits constatés dan
isolés et nous croyons po
une affection syphilitique
des examens anatomiqu
microscopiques exactes.

IV. Pronostic

Dans cette partie de n
observations n'étant pas
déductions rigoureuses d

Le pronostic de l'hyc
général douteux. Dans t
malgré un traitement s
mais la faiblesse génér
semblant indiquer que,
d'une infection puissante

Le traitement paraît, dans un seul cas (obs. IV), avoir eu une influence favorable non seulement sur l'état général, les affections de la peau et des muqueuses, mais aussi sur l'hydrocéphalie qui, au dernier examen de l'enfant, était restée stationnaire.

Le traitement institué était-il bien, dans chaque cas, celui que l'on devait instituer ? Une autre thérapeutique serait-elle plus active ?

C'est ce que l'on pourra dire lorsque des observations plus nombreuses et des recherches anatomiques poussées plus loi auront jeté une lumière plus vive sur la nature intime du ma et sur son développement.

Nous résumant donc en quelques lignes, nous arrivons au conclusions suivantes :

Conclusions. — *Il existe une hydrocéphalie syphilitique.*

Elle est congénitale ou se développe dans les premiers mo de la vie.

[1] Virchow, Die krankhaften Geschwülste. B. II, S. 452.

Sa cause réside, très probablement, dans une inflammation de l'épendyme ventriculaire et des plexus, produite par la syphilis héréditaire.

Nous exprimons, en terminant, notre reconnaissance sincère à M. le Prof. Dr Demme qui a bien voulu nous guider dans ce travail, et nous le remercions pour l'intérêt qu'il nous a témoigné pendant l'année que nous avons passée comme assistant à l'hôpital Jenner à Berne.

Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique,

Par le Dr G. Burckhardt,
Directeur de Préfargier.

Observation. — L. K. est née en 1874. Son père est mort de phtisie pulmonaire, sa mère de cancer de l'utérus, sa seule sœur se porte bien. Elle-même, scrofuleuse en bas âge, a été atteinte plus tard de diverses maladies, telles que : croup, scarlatine, rougeole (2 fois) et un abcès de la face. Mal nourrie et mal soignée, elle est restée fluette et chétive ; son corps est encore celui d'un enfant de 9 à 10 ans.

En septembre 1883 elle tombe sur le genou droit, probablement sans faire de contre-effort. Sauf quelques écorchures de la peau on n'observe rien ; mais quelques semaines plus tard le genou devient plus gros, et la malade entre en octobre à l'hôpital de la Providence à Neuchâtel pour « synovite traumatique du genou. » Après un séjour de 25 jours, elle en sort en apparence guérie, mais peu à peu il se développe dans le genou une grande sensibilité à tout mouvement, qui parfois s'étend jusqu'à la colonne vertébrale, et un sentiment de fatigue et de tension dans les muscles de la jambe. Tous ces symptômes augmentent graduellement et finissent par amener la contracture du genou qui existe encore ; la malade présenta même pendant quelque temps en 1884 une flexion involontaire du coude droit portant la main au devant de la poitrine, et une tendance de l'œil droit à se fermer. Ces deux derniers phénomènes disparurent du reste spontanément et ne récidivèrent pas. Respiration, déglutition, bref les fonctions de la vie végétative ainsi que les autres fonctions de la vie de relation, n'ont jamais été altérées.

La contracture du genou fit rentrer la malade à l'hôpital au mois d'août 1885. L'extension du genou fut pratiquée dans la narcose et on fut étonné de voir avec quelle facilité elle réussit. Mais cet heureux résultat ne fut pas durable. Malgré l'application d'appareils à extension, la contracture se

reproduisit promptement. On pensa
recourir, mon ami et confrère, M. I
demanda mon avis. J'ai examiné la
j'ai constaté :

a. *Sensibilité.*

1° Hyperesthésie de la peau, alla
droit, ayant son siège principal au
et vers le bas et laissant à la cuiss
sensibité cutanée du reste du corps

2° Hyperalgesie très marquée de
malade des cris de douleur au moin
defend instinctivement et énergiqu
on ne la touche pas, elle ne souffr
tion elle est gaie et contente. Les f

b. *Motilité.*

Tous les muscles du genou sont
bles au toucher. Les fléchisseurs a
sus sur les extenseurs, le genou se
il est impossible de produire le plu
muscles du pied et de la hanche pe
ne résistent que quand les mouven
certaine moyenne. Le contact de l'
La contractilité faradique, difficile à
dire que la malade ne se sert pas
sautille sur le pied gauche ou elle se traine tant bien que mal le long des parois; elle reste autant que possible assise ou couchée.

c. *Fonctions vasomotrices, trophiques,* etc.

Le genou est rouge dans tout son pourtour, chaud au toucher, et paraît tuméfié, mais sa mensuration exacte donne les mêmes dimensions qu'à gauche. La jambe et le pied sont bleuâtres et froids. Les graphiques pris sur les artères fémorales et les deux radiales donnent le résultat suivant : Dicrotisme complet du pouls fémoral droit, caractère qui va en diminuant de la fémorale gauche à la radiale droite et enfin à la radiale gauche; il existe donc une paralysie vasculaire bien marquée dans la fémorale droite, avec progrès vers l'état normal au fur et à mesure qu'on monte vers la tête et qu'on dépasse la ligne médiane du corps. Les muscles sont en bon état, et nullement atrophiés comme la présence d'une ancienne synovite le ferait présumer.

Me fondant sur l'ensemble de ces symptômes, je déclare que la contracture est hystérique et que l'hystérisme a été réveillé par le traumatisme.

En vue de contrebalancer l'irritation qui à mon avis a provoqué la contracture et afin d'obtenir en même temps l'extension du genou, je propose comme moyen curatif d'appliquer au tronc du nerf crural un courant faradique et de le renforcer jusqu'à production de l'effet désiré. Le succès est prompt et complet. Le genou s'étend, non sans douleur, mais tota-

lement, et après cessation du courant, bien qu'il se fléchisse de nouveau, il ne revient cependant pas exactement à l'ancienne position. Ce traitement, accompagné de douches tièdes, fait disparaître en quinze jours l'hyperalgésie et la contracture. Avant l'entière guérison, la peau de la jambe malade accuse pendant quelques jours une diminution de sensibilité et les muscles une grande faiblesse. La malade quitte l'hôpital le 20 mars 1886 entièrement rétablie.

Quatre jours après elle revient pour une rétention d'urine, qui, évidemment provoquée par une anesthésie de la vessie, dure déjà depuis 24 heures. On pratique le cathétérisme et dès ce moment la miction se fait normalement.

Mais la malade n'est pas au bout de ses accidents. Le 4 juillet elle se laisse pincer l'avant-bras droit entre les battants d'une grande porte de jardin. La douleur ne fut pas très vive, mais avant qu'on réussit à délivrer l'enfant de sa pénible situation, dix minutes environ s'écoulèrent, et pendant ce temps ses compagnes de jeu ont crié lamentablement, concert auquel la malade n'a pas manqué de mêler sa voix. Une fois dégagée et ne se voyant pas autrement blessée, elle s'est vite consolée. Le troisième jour seulement elle avoue qu'elle ne peut plus remuer son bras. Elle revient donc à l'hôpital et voici ce que je constate huit jours plus tard :

Les bords de la porte ont produit sur les deux faces de l'avant-bras des sugillations en forme de stries allant obliquement du côté ulnaire au côté radial et d'arrière en avant. Les tendons ainsi que les os et les aponévroses, les vaisseaux sanguins et les troncs nerveux intéressés, sont complètement indemnes. Mais en poussant plus loin l'examen je trouve :

1° Que la main droite a perdu toute sensibilité. Le sens du toucher est aboli dans tous ses divers modes. Les parties profondes paraissent aussi insensibles que la peau, autant du moins qu'on peut en juger. Mais l'insensibilité s'arrête net autour du poignet, puis vient une zone circulaire large de un à deux centimètres, dans laquelle la sensibilité est incomplète et plus haut la malade sent normalement. Les stries sus-mentionnées se trouvent déjà dans cette dernière région.

2° Les mouvements volontaires sont abolis dans toute l'extrémité supérieure droite, y compris l'omoplate et la clavicule. Le bras pend comme une masse inerte à côté du corps et pour le faire changer de position, la malade se sert de la main gauche. Les muscles sont flasques et mous. Ils n'opposent aucune résistance à l'exécution des mouvements passifs. Ce n'est que si ces derniers deviennent un peu énergiques, que l'on sent une légère résistance musculaire, causée par des contractions fibrillaires évidemment réflexes. La contractilité faradique est normale partout. La main est bleuâtre et froide. Les courbes sphygmographiques montrent que les pulsations de la radiale droite sont plus faibles que celles de la gauche, que leurs pointes sont arrondies, que leurs élévations dites secondaires sont irrégulières et d'intensité variable, mais que leurs élévations dites élastiques (Landois) sont très fortes.

xiste donc une parésie vasculaire brachiale droite. Au reste la malade
plaint de rien. Elle a bon aspect et ne redoute ou sujet de son bra
e traitement.

iscussion. — Voilà deux traumatismes qui étant du même
re, et agissant à peu d'intervalle sur le même individu et
des parties analogues du corps, produisent néanmoins des
s bien différents. Ce fait doit à juste titre nous frapper et
s engager à en chercher la raison. Résumons les faits :
près la chute sur le genou droit il se développe peu à peu
s bornant à ce genou même une affection afébrile qui fait
re à une synovite. L'hypéralgésie de l'articulation et la
racture des muscles, puis l'hypéresthésie de la peau vien-
s'y ajouter et envahissent plus tard les parties avoisi-
tes, s'étendent même jusqu'au bras, à la face et à la verge
que très passagèrement. Une paralysie vasculaire plus
due que les autres manifestations complète le syndrôme.
aintenant de quel côté devons-nous chercher le foyer prin-
l de ce procès morbide ?
ne fois l'existence d'une synovite ou d'une ostéite écartée,
ne peut plus croire à la contracture des muscles provoquée
la propagation par simple contiguïté d'un travail inflam-
oire. Il faut recourir aux nerfs et admettre une action
xe ; la contracture est donc engendrée par l'hypéralgésie.
uite des symptômes le prouve ainsi que l'effet produit par
loroforme. Celui-ci ayant changé l'hypéralgésie en insensi-
é, les muscles se sont instantanément relâchés, permettant
i l'extension facile du genou. Le même état s'est reproduit
tanément avant la reprise du fonctionnement normal.
nous nous mettons maintenant à la recherche de cette
on réflexe, nous pouvons facilement prouver que le cerveau
est pas le centre et ceci pour plusieurs raisons :
a première est l'*invariabilité du syndrôme.* Pendant de
s mois l'état ne se modifie pas. Ni chaud ni froid, ni temps
aison n'y produisent le moindre changement.
a seconde est l'*indépendance mutuelle du syndrôme mor-*
et du fonctionnement cérébral. La volonté est impuissante
anger quoi que ce soit. L'état de veille et de sommeil n'y
pour rien. L'innervation du reste du corps se fait, comme
jambe malade n'existait pas. Malgré la longue durée de
aladie, les douleurs spontanées font complètement défaut.

Ces phénomènes se montreraient-ils dans une affection cérébrale ? Je ne le crois guère. Mais ils sont particuliers à certaines affections de la moelle, par exemple à la myélite circonscrite par compression lente.

Si donc ces considérations nous autorisent à faire abstraction du cerveau et à chercher le centre réflexe du mal dans la moelle, il en existe d'autres, qui nous permettent d'en préciser la localisation. Des recherches récentes, surtout dans le domaine de l'anatomie comparée, nous apprennent que la substance grise de la moelle épinière ne forme pas les quatre colonnes longitudinales, telles que l'anatomie systématique les enseigne, mais qu'elle se compose plutôt d'une série de segments qui se suivent de haut en bas. Selon cette théorie on se représente chacun de ces segments comme présidant aux fonctions d'une certaine région, ou disons mieux d'une section transversale circonscrite du corps. Celui-ci en reçoit les nerfs sensitifs, et il y renvoie les nerfs moteurs, trophiques, etc. Les impressions sensitives qui lui arrivent par les premiers, il les transmet aux fibres qui dirigent les mouvements musculaires et vasculaires, la nutrition des tissus et la sécrétion des glandes qui appartiennent à la même région. Il les modifie, les stimule, ou les arrête selon la qualité et l'intensité des excitations sensitives. L'anatomie systématique démontre que non seulement la peau, mais aussi les parties internes du genou sont richement douées de nerfs. Les tendons, la capsule synoviale, les surfaces articulaires, les os mêmes sont pourvus de nombreux filaments nerveux. Ces filaments remontent par les nerfs grand saphène, crural, péronier, et tibial dans le plexus sciatique et gagnent ainsi la partie supérieure du renflement lombaire de la moelle. Les fibres motrices qui par les racines antérieures des mêmes troncs nerveux quittent la moelle dans ce point, se rendent aux muscles qui font mouvoir l'articulation du genou ; d'autres se ramifient dans la capsule synoviale, dans les parois des vaisseaux, etc. C'est donc dans la partie supérieure du renflement lombaire que se trouverait le centre spécial du genou.

Mais évidemment toutes les fibres sensitives qui pénètrent dans ce centre ne sont pas également aptes à en réveiller l'activité.

Examinons ce que l'anatomie et la physiologie nous disent à cet égard :

L'anatomie divise les fibres sensitives des racines postérieu-

res en deux classes. Les unes se dissocient dès qu'elles touchent les cornes postérieures grises et font partie du réseau fibrillaire et cellulaire de ces dernières. On ignore ce qu'elles deviennent plus loin. Les autres ne font, pour ainsi dire, que frôler la substance grise, elles ne s'y perdent pas, mais elles en ressortent pour rentrer les unes plus tôt, les autres plus tard dans les cordons postérieurs et remontent ainsi au cerveau.

L'anatomie n'a pas encore réussi à poursuivre ces diverses catégories de fibres jusqu'à leur origine périphérique, mais la physiologie me semble éclairer tant soit peu cette question aussi difficile qu'importante. Elle constate qu'à l'état normal certaines excitations sensitives seulement parviennent à notre conscience, par exemple les impressions tactiles et douloureuses de la peau, l'état de contraction des muscles, tandis que nous n'avons pas conscience d'autres impressions telles que les mouvements des surfaces articulaires, le degré de tension des tendons.

Mes propres recherches m'ont fait reconnaître le fait, que les impressions purement tactiles de la peau arrivent au cerveau beaucoup plus vite que les impressions douloureuses. J'ai expliqué ce fait par l'hypothèse que les impressions tactiles ne font que toucher les cornes postérieures, tandis que les impressions douloureuses y pénètrent plus profondément et y sont ralenties avant de continuer leur chemin à travers les cordons blancs postérieurs.

Me fondant sur ces données, je ne crois pas être trop ha avançant l'hypothèse: 1° que les fibres sensitives qui trav seulement la substance grise spinale sont celles qui condu les sensations tactiles proprement dites, 2° que les fibres séjournent plus longtemps conduisent les impressions d reuses et 3° que ces deux catégories, formant ensemb deuxième des deux classes de fibres sus-mentionnées, ème de l'organe, qui plus que tous les autres est doué du se toucher et de la douleur, c'est-à-dire de la peau. Reste aux fibres de la première classe, à celles qui se noient co tement dans les cornes postérieures, la fonction de comm quer au centre spinal les sensations sourdes et inconsci provenant des parties profondes, telles que tendons et a lations.

Il me paraît ressortir de cette hypothèse que les fibres tives originaires des parties profondes, justement parce qu

s'unissent plus intimement que les autres à la substance grise de leur segment spinal, sont les plus aptes à en modifier l'activité. Les fibres conductrices de la douleur occupent, à mon avis une position intermédiaire.

Les fibres motrices des racines antérieures offrent des conditions analogues. Elles ne répondent pas toutes avec la même facilité aux diverses excitations sensibles. Parlons d'abord des fibres motrices des muscles.

Ces fibres naissent des grandes cellules polygonales des cornes antérieures, qui par le haut se relient avec les fibres des cordons antéro-latéraux. Mes propres recherches m'ont appris que, chez un individu normal, une excitation qui part de la peau du pied demande un temps beaucoup plus court pour revenir comme mouvement jusqu'au muscle tibial antérieur que chez un malade dont la moelle est coupée au-dessus du renflement lombaire.

Pour bien apprécier ce fait, il est bon de se souvenir que chez l'homme, immédiatement après la section transversale de la moelle par traumatisme, les réflexes cutanés sont abolis et qu'ils ne reparaissent qu'après quelques jours. Des cas de ce genre ont été publiés entre autres par le Dr R. Weiss [1] et par le Dr Kadner [2]. Nothnagel [3] confirme également le fait, et l'explique, comme Trousseau, par un « étonnement » de la moelle. A mon avis les réflexes cutano-musculaires trouvent leur centre de transmission, non dans la moelle épinière, mais dans les grands ganglions du cerveau. La moelle ne s'en charge que lorsque les voies ordinaires sont impraticables, et, quand elle le fait, le réflexe demande plus de temps, malgré la distance évidemment plus courte à parcourir. La raison en est que la substance grise spinale oppose aux excitations cutano-musculaires une plus grande résistance dans le sens transversal que dans le sens longitudinal.

Si donc les fibres et les cellules musculo-motrices d'un centre spinal ne répondent pas facilement à une excitation qui leur arrive directement de la substance grise sensitive du même centre, peut-être les fibres vaso-motrices et autres se laissent-elles plus facilement exciter, surtout si l'excitation sensitive a

[1] *Arch. de Chirurg.* 1877.

[2] *Arch. der Heilkunde*, 1876.

[3] Path. v. Ziemssen, Bd. XI.

dû pénétrer dès l'abord dans la profondeur de la substance grise, faute d'un autre chemin.

Selon cette manière de voir, les impressions douloureuses et les ébranlements des nerfs sensitifs profonds seraient particulièrement aptes à produire en premier lieu des troubles de la vascularisation, puis de la nutrition et de la sécrétion et en dernier lieu seulement des troubles de la motilité.

La physiologie ne sait pas encore répondre à toutes ces questions, quoique déjà aujourd'hui elle regarde la moelle épinière comme le centre vasculaire principal. Nous osons donc nous adresser à la pathologie et je voudrais en particulier revenir à notre cas et en tirer les leçons qu'il renferme à ce sujet.

Je regarde la lésion de la peau du genou comme insignifiante. Il n'y a pas eu même sugillation.

La chute a agi avec toute sa force sur l'articulation elle-même. Elle en a ébranlé les nombreux nerfs. Il en est résulté en premier lieu une altération de la vascularisation, de la nutrition et de secrétion de cet organe. Donc les fibres motrices qui les premières ont subi l'action réflexe, sont celles qui sont liées le plus intimement aux fibres sensitives, desquelles est partie l'excitation. Nous ne devons pas nous étonner que tout ce procès ait mis assez de temps à se développer. Il s'agit là évidemment d'actions réflexes très lentes, et je m'imagine que cela est bien dans l'intérêt de la stabilité de notre existence. Seulement lorsque le procès a acquis une certaine intensité, qui s'est décélée par l'apparition de l'hypéralgésie, il a pu vaincre toutes les résistances et se propager, soit aux fibres musculaires en y produisant la contracture, soit aux fibres cutanées, en leur communiquant la susceptibilité.

Et encore faut-il supposer une disposition particulière des nerfs de la malade pour qu'ils se soient laissés influencer ainsi par une simple chute, accident qui chez bien des personnes n'amène pas les mêmes conséquences fâcheuses. Je fais là précisément appel à la constitution hystérique de ma malade, constitution dont l'existence a été démontrée par la suite.

Relevons enfin le fait que le procès morbide s'est propagé d'un centre spinal à l'autre en suivant exactement la loi de Pflüger, comme le prouvent la participation du bras et la gradation de la parésie vasculaire.

Passons maintenant au second traumatisme et voyons si son mécanisme intérieur s'explique également par la mise en jeu d'un centre spinal.

Nous venons d'établir que l'affection d'un centre segmentaire se caractérise par le fait que les nerfs sensitifs et moteurs d'une section circonscrite du corps participent pareillement au syndrôme.

Mais cette proportionalité si frappante dans la lésion de la jambe, nous la cherchons en vain dans la lésion du bras. Analysons le syndrôme et énumérons les résultats auxquels nous arrivons :

1° La partie du bras qui a été serrée entre les battants de la porte n'est pas anesthésiée, tandis que la main qui n'a pas été engagée du tout, a perdu complètement sa sensibilité. Il ne peut pas être question d'une anesthésie périphérique par simple compression des troncs nerveux, parce que ces derniers, protégés par les os et les tendons ou situés en dehors même du lieu de lésion, n'ont pas été atteints directement. La partie lésée par l'accident se borne à deux stries étroites de la peau de l'avant-bras et la lésion de n'importe quel centre spinal ne nous expliquerait pas pourquoi la sensibilité de ces stries est conservée tandis que celle de la main est abolie.

2° Nous ne pouvons absolument expliquer comment, par l'intermédiaire d'un réflexe spinal, le traumatisme a pu provoquer une anesthésie aussi brusque. Si une hypéresthésie en était résultée, nous pourrions au moins tenter une explication, tout en faisant violence à la théorie des centres segmentaires de la moelle, mais cette singulière anesthésie déjoue toute tentative de ce genre.

3° Mais supposons même que cette anesthésie soit en réalité produite par l'affection d'un centre spinal, les difficultés n'en deviennent que plus grandes. Car alors nous devons forcément admettre que la paralysie brachiale est également provoquée par uue action réflexe, mais alors de quel centre spinal provient-t-elle ? Evidemment de plusieurs. Cependant dans un d'entre eux seulement, dans celui du poignet par exemple, les parties sensitives et les parties motrices participeraient pareillement au procès morbide ; dans les autres, les parties sensitives seraient restées indemnes. Il est évident, qu'en procédant ainsi nous nous livrerions au plus grand arbitraire.

Il reste un seul symptôme, dont la présence indique la participation de la moelle, c'est la paralysie vasculaire. Elle s'accuse très nettement par le graphique, mais elle se restreint à l'artère radiale droite, et encore est-elle restée incomplète.

4° Il existe par contre deux symptômes qui démentent directement l'existence d'une affection spinale. Le premier est l'intégrité de la nutrition et de la contractilité faradique des muscles. La paralysie était à son douzième jour, lorsque j'ai examiné la malade pour la première fois, et à son cinquantième jour environ au moment du second examen. La paralysie était en apparence restée la même. Eh bien, si la paralysie avait été d'origine spinale, j'aurais dû rencontrer, sinon au premier, du moins au second examen, une diminution de la contractilité faradique, l'amaigrissement des muscles, voire même quelque trace de la réaction indiquant la dégénérescence. Mais ni la nutrition ni la contractilité faradique n'avaient souffert.

Le second de ces symptômes est l'existence des mouvements réflexes. M'appuyant de nouveau sur les idées que j'ai émises plus haut à l'égard des réflexes cutano-musculaires, leur présence me paraît prouver qu'en tout cas, ni les parties spinales des faisceaux pyramidaux, ni les cellules motrices des cornes antérieures ne pouvaient être attaquées au point d'empêcher le passage des impulsions venant de plus haut.

De toutes ces considérations je tire la conclusion que ni l'anesthésie de la main, ni la paralysie du bras ne s'expliquent par la lésion d'un ou de plusieurs centres spinaux.

Mais où donc en chercher la localisation ?

La solution du problème me paraît facile du moment que nous renvoyons le traumatisme du bras un peu à l'arrière-plan, et que nous accordons la première place à l'émotion, au choc psychique. Tous les renseignements que j'ai pu recueillir, prouvent que ce n'est pas la douleur qui a fait crier la malade, mais l'angoisse et la détresse contagieuse de ses compagnes. Une fois délivrée de sa situation désagréable, la malade s'est vite consolée. Elle a même dissimulé pendant deux jours les véritables suites de son accident. Ceci posé, nous devons localiser le procès morbide à l'endroit même où, selon nos idées actuelles, se produisent les actes psychiques, c'est-à-dire dans l'écorce grise du cerveau.

Il est vrai que nous savons encore très peu de ce qui se passe dans l'écorce cérébrale dans l'état de frayeur. Les recherches de Mosso et les miennes propres ne sont que les premiers commencements de ce qui devra se faire plus tard.

Néanmoins il est parfaitement sûr que la frayeur engendre des paralysies et des anesthésies d'origine cérébrale. Ces affec-

tions revêtent ordinairement la forme d'hémiplégies ou de paraplégies. Si dans notre cas il ne s'est produit qu'une monoplégie, c'est à mon sens grâce à l'intervention du traumatisme brachial. De même que dans l'état hypnotique du cerveau, on peut produire des paralysies et des anesthésies isolées en frottant la peau d'une région circonscrite du corps, le pincement du bras a concentré l'action de la frayeur sur la région de l'écorce cérébrale qui correspond à l'innervation sensitivo-motrice de l'extrémité supérieure.

Selon ma façon de voir, la paralysie du bras et l'anesthésie de la main sont engendrées simultanément par le choc psychique, mais la localisation spéciale, si j'ose ainsi dire, par le pincement du bras.

Et maintenant la disproportion entre la paralysie et l'anesthésie ne nous choque plus, car les récentes découvertes de la physiologie, ainsi que des recherches pathologiques, nous apprennent que la sensibilité tactile de la main occupe une région aussi étendue de l'écorce que la motilité volontaire du bras. Ceci n'est pas étonnant si l'on tient compte de l'importance de la main comme organe principal du toucher et si l'on se souvient que les mouvements volontaires du bras entier se font dans l'intérêt de cette fonction.

Je ne veux pas entrer dans les questions de détail, en discutant à quel point les champs sensitifs et moteurs sont superposés ou juxtaposés et si dans les deux hémisphères ils se trouvent dans les mêmes conditions, etc. Il suffit de rappeler qu'un procès morbide, une tumeur par exemple, qui n'occupe qu'une partie du champ brachial cortical, peut produire l'anesthésie de la main ou de quelques doigts seulement, et la paralysie durable ou passagère du bras entier. (Comp. l'ouvrage intéressant de *S. Exner*).

Il ne nous reste plus qu'à faire remarquer une fois de plus que les bras de bien des gens subissent des violences, des blessures, etc., beaucoup plus graves que celles de notre malade, tout en étant quittes pour une affection purement locale. La constitution hystérique de la malade doit ici nous servir d'explication. Le fait que le procès cérébral s'est développé en autant de minutes que le procès spinal a mis de semaines, ne peut pas nous surprendre. Il permet seulement de conclure que les conditions de la conductibilité nerveuse ne sont pas les mêmes dans les masses grises spinales et dans l'écorce cérébrale.

L'étude du cas entier doit en outre n
nous contenter du diagnostic général
rechercher les localisations spéciales,
n'existait pas.

Enfin je peux ajouter qu'à l'heure
complètement guérie. J'avais recom
rants faradiques légers appliqués au-
sensibilité de la main s'améliora un
regagna du terrain et à la fin d'août
nuant d'intensité, jusqu'au coude. On
tion. Néanmoins la motilité s'est rét
tronc à la périphérie, et, avec les m
sensibilité de la main est revenue.

De quelques formes rares

(Urticaire géante. Urticaire

Par le Dr E. Rapi

(Suite et fin.)

Le fait suivant, observé déjà il y a
était resté comme une énigme dans la
où une étude plus approfondie de l'ur
mit d'en entrevoir l'explication.

Observ. VIII (personnel'e). — Une dame
qui avait envahi la moitié supérieure du fron
forme d'une plaque indurée, de coloration ro
relief. Elle s'était aperçue de cet état à son
avait disparu.

En raison de la fugacité du phénom
qu'il s'agissait là d'une plaque d'urti
dont le diagnostic ne laisse aucun dout
blié par Milton [1].

Observ. IX. — Fille de 20 ans, fortement
le front une large plaque dure, allant d'une
sur les paupières : l'affection durait depuis 18 mois, avec des alternatives

[1] *Loc. cit*

de rémission et de rechute. L'éruption disparaissait et reparaissait presque instantanément. Elle était modérément prurigineuse, et gênait surtout par la sensation de tension des téguments. La menstruation n'exerçait aucune influence sur le retour du gonflement.

Était-il donc d'une interprétation bien embarrassante le cas soumis par le Dr Chauvet (de Royat) à l'appréciation des membres de la Société médicale des hôpitaux [1] ?

Sous la dénomination d'*œdèmes éphémères de nature arthritique,* il décrit les symptômes suivants offerts par un de ses clients :

Observ. X. — Homme de 57 ans, d'ailleurs bien portant : tuméfactions de la peau très circonscrites et passagères, apparaissant sans cause occasionnelle appréciable et localisées soit au nez, soit à la joue, aux paupières, aux lèvres, aux bourses, aux mains, aux épaules, aux pieds, etc., s'accompagnant d'un sentiment de tension, d'un léger prurit et d'un peu de rougeur ; d'une durée ordinaire de 15 à 20 heures.

Le Dr Chauvet rapproche ces nodosités de celles qui ont été décrites par Féréol et Troisier et les range sous le titre d'*arthritisme abarticulaire*. Qui ne reconnaît cependant dans ce tableau la physionomie de l'urticaire? Et pourquoi qualifier ces œdèmes d'*arthritiques,* le malade, de l'aveu même du Dr Chauvet, n'ayant jamais souffert de rhumatismes ? Est-ce parce qu'il a eu une sciatique 27 ans auparavant ? A notre avis, c'est forcer un peu trop les faits à entrer dans la théorie.

Nous en dirons autant de l'observation relatée par le Dr Negel de Jassy [2]. A l'exemple du Dr Chauvet, il classe le cas sous la dénomination vague d'arthritisme au lieu de le réunir à l'urticaire auquel il appartient.

Observ. XI. — Femme de 40 ans, présentant dans ses antécédents quelques manifestations de l'impaludisme et quelques douleurs rhumatoïdes dans les jointures. A part cela assez forte constitution..... Il y a 10 ans, en se baignant comme d'habitude dans une rivière, sans s'en apercevoir elle est devenue gonflée de tout le corps, de sorte qu'on a été obligé de la faire retirer de l'eau. Elle présentait en même temps des démangeaisons et des douleurs (cuissons) généralisées. Quelque temps après, elle a eu des troubles gastriques (vomissements, ballonnement du ventre et douleurs d'estomac). Pendant sept ans consécutifs le gonflement

[1] Séance du 8 février 1884.

[2] Œdèmes éphémères de nature arthritique, *Progrès médical*, 1884, p. 816.

e) du corps n'a pas reparu, et ce n'est qu'en 1881 qu'il est revenu seconde fois. Depuis cette époque-là, à l'approche de l'automne et toute cette saison, le gonflement se manifeste de la façon sui- Lorsque la malade se lave les mains dans de l'eau froide (tempé- rdinaire), elle éprouve au bout de deux à cinq minutes des *aisons formidables* dans les doigts (le reste des mains n'ayant pas eau), de *très fortes douleurs*, une sensation de brûlure et de ion, ainsi qu'une chaleur mordicante ; quelques minutes ensuite, s se gonflent, deviennent rougeâtres, luisants et fortement dis- la température locale se trouve un peu élevée. Pas d'empreinte ression du doigt, mais la rougeur disparaît pour y revenir bien- que le gonflement devient très intense, les douleurs commencent ner, et au bout d'*une à trois heures*, tout disparaît (œdème, dou- c.). Ce phénomène s'est passé sous nos yeux, mais au dire de la ce même gonflement, ainsi que tous les autres symptômes indi- s haut, se montrent aux pieds, bras, nez, oreilles et même à tout Ainsi elle affirme que ce même gonflement apparaît sous l'in- le l'*air froid* ou par le simple contact d'un *corps froid* ; souvent, nt, elle n'a de gonflé que les oreilles ou le nez, si elle n'a pas pris ition de les recouvrir.

ie la malade s'est baigné les doigts dans de l'eau froide, nous pas remarqué l'empreinte caractéristique de l'œdème, mais il est que nous l'aurions constatée si l'expérience avait atteint aussi le membres. A l'examen des urines, pas d'albumine, ni de sucre. un mois de traitement par le salicylate de soude, la liqueur de et les bains alcalins, la guérison a été obtenue. Nous avons puis que la malade a eu une légère poussée d'eczéma (?) sur l'un bres supérieurs.

nent ne pas reconnaître l'urticaire dans les divers acci- ıtanés présentés par la malade du Dr Negel ?

r Lardier[1] ne s'y est pas trompé. Il est vrai que, sujet ıe de l'observation qu'il rapporte, il était tout particu- ot intéressé à éclaircir le diagnostic :

r. XII. — .....En 1881, vers la fin d'octobre, je remarquai que natins, après m'être lavé avec une éponge à l'eau froide, la por- ale de ma main droite devenait le siège d'une douleur cuisante. levenait rouge, se tendait, s'épaississait et gênait le jeu des arti- . En exagerant les mouvements de flexion, le sang disparaissait aires, la peau prenait une coloration blanche ; c'était à ne pou-

observations d'urticaire paludique, *Annales de dermatologie et de syph.* 14.

voir s'y méprendre une éruption ortiée. Au bout de cinq minutes, ces phénomènes disparaissaient pour reparaître le lendemain sous la même influence.

.....Je fus obligé de faire une course dans un village voisin. Il faisait froid et je conduisais moi-même mon cheval. En rentrant, je sentis au niveau du poignet gauche et de la première partie de l'avant-bras une irritation avec sensation de cuisson toute spéciale. En peu d'instants, une énorme plaque ortiée se développa sur ces parties, les seules qui eussent ressenti l'impression du froid, les mains ayant été protégées par des gants. Cette plaque ortiée pouvait avoir 9 centimètres sur 7.

Ainsi que nous venons de le constater, l'impression du froid provoque assez souvent une poussée d'urticaire chez les individus prédisposés. Il n'est pas rare de voir des personnes qui, pour cette raison, ne peuvent prendre de bains froids. Un de nos confrères de Lausanne nous disait que, jusqu'à l'âge de 45 ans environ, le moindre refroidissement déterminait chez lui une éruption ortiée. Nous avons connu une dame qui, pendant de longues années, ne pouvait subir le contact d'un air tant soit peu vif sans en éprouver une enflure douloureuse de la face.

Une manifestation de l'urticaire géante qui n'est point rare, mais qui souvent est méconnue, c'est sa localisation aux mains sous l'influence du froid. Nous venons d'en rapporter deux exemples. Nous même avons été consulté quelquefois par des personnes qui ne pouvaient mettre les mains dans de l'eau froide sans qu'il en résultât un gonflement de ces parties avec picotements très vifs. En voici encore un cas que nous avons actuellement sous les yeux :

Observ. XIII (personnelle). — Mme G. qui longtemps a souffert de poussées d'urticaire sur tout le corps, n'en ressent plus actuellement qu'aux mains, lorsqu'elle les met dans l'eau froide ou qu'elle les expose à un air vif. Alors survient une enflure dure qui s'étend jusqu'à l'extrémité des doigts. La peau, de rouge qu'elle est au début, blanchit avec la progression de la tension et la pression du doigt n'y laisse pas la cupule caractéristique de l'œdème ; les démangeaisons sont vives. La scène dure un quart d'heure environ.

Les aliments dits échauffants, les viandes noires, les épices, les alcooliques surtout, sont aussi, chez elle, des excitants de l'éruption.

Depuis quelque temps, Mme G. se plaint parfois de maux de gorge en même temps que de maux d'estomac qui font penser à l'urticaire interne, vu l'extrême prédisposition de cette personne aux phénomènes ortiés.

Mme G. n'est pas rhumatisante, ni migraineuse. Sa mère a été longtemps

sujette à l'urticaire, puis après une asse
a vu survenir, vers l'âge de 40 ans, des
depuis lors.

La pression du doigt, qui laisse
tique dans l'œdème mou, rencor
particulièrement aux mains, une
plus souvent, ne permet pas aux
preinte digitale. C'est qu'il y a là
tension active qu'un gonflement p

Nous avons vu que l'urticaire
occuper notre enveloppe extérieu
envahit la muqueuse du tube di
accidents qui, sans être précisém
moins fort pénibles.

N. Guéneau de Mussy, dont l'autc
les questions relatives à l'*urticair*
que l'on observe dans cette form
l'éruption ortiée sur la muqueuse

Sans nier la possibilité de cet
pulmonaire, nous nous demando
ortié dont on a parlé, il n'y aurait
Tous les malades atteints d'*urti*
eu l'occasion d'observer ne nous
troubles digestifs nettement expr
légitime d'expliquer leur anxiété
vaient à respirer par les sensation
l'œsophage, souvent dans toute sa
vives pour paralyser les mouvemen
se plaignaient en même temps d'
pénible dont ils rapportaient le sié
et à l'estomac.

La lecture des observations de
la littérature médicale n'a fait qu
voir. Quant au mémoire de N. G
tion, il ne nous a pas été possible
à notre grand regret. L'interpr
paraît avoir été acceptée de confi
qui se sont occupés du sujet, ce qu
d'en vérifier l'exactitude ne s'est

« L'éruption, » dit M. Hardy [1], « ne se borne pas toujours à la peau, elle envahit quelques organes internes, particulièrement les lèvres, la muqueuse buccale, la langue, qui deviennent le siège de gonflement et de chaleur. En même temps qu'apparaît l'urticaire, on a observé aussi quelquefois une toux quinteuse et une oppression simulant de véritables accès d'asthme ou même d'angine de poitrine, lesquels semblent bien être le résultat d'une congestion spéciale de la muqueuse trachéale et bronchique analogue à l'éruption cutanée, et cela avec d'autant plus de raison que ces symptômes sont, comme l'urticaire, momentanés et récidivants. »

Kaposi [2] rappelle aussi que sur la muqueuse de la bouche, du pharynx et de l'épiglotte, il survient parfois en même temps des rougeurs passagères et de l'œdème correspondant aux plaques, lesquelles peuvent augmenter considérablement le volume de la luette et de l'épiglotte, au point de faire craindre l'asphyxie. Cependant, poursuit-il, ces accidents sont très rares; ils appartiennent particulièrement à l'*urticaire géante*.

A ce propos-là, les traducteurs ajoutent en note : « L'urticaire interne est-elle bornée là (au pharynx) ? Ne peut-elle pas se produire par mode réflexe à la surface interne de la trachée et des bronches, à titre primaire et isolé, donnant alors lieu à des phénomènes d'une gravité apparente, qui cèdent avec rapidité sans laisser de traces? Telle est au moins l'opinion de quelques médecins, formulée surtout par N. Guéneau de Mussy, dans ses observations sur les endermoses. Si cela n'est pas démontré, cela est au moins vraisemblable; il y a lieu de s'en souvenir dans la *pratique* médicale. Le peu que l'on sait suffit pour ouvrir là le chapitre de l'*urticaire interne* ou *urticaire des muqueuses*. Voilà tout tracé, pour un jeune érudit, un sujet intéressant de dissertation inaugurale. »

Les malades atteints d'urticaire présentent plus souvent qu'on ne le supposerait des symptômes imputables à l'urticaire interne, mais ceux-ci n'attirent pas suffisamment l'attention, parce que, mal interprétés, ils sont mis sur le compte de la fièvre, de l'impressionnabilité du sujet au lieu d'y voir l'extension aux muqueuses de l'éruption ortiée.

[1] Dictionnaire de Jaccoud, article *Urticaire* et Traité des maladies de la peau, Paris, 1886.

[2] Leçons sur les maladies de la peau, trad. par Besnier et Doyon, 1881.

Dans un mémoire sur l'*urticaire paludre,* Verneuil et Merklem [1] signalent la présence de ces phénomènes dans nombre de cas et se demandent aussi s'il n'y aurait pas là l'*urticaire interne* mentionnée par Guéneau de Mussy.

Nous apportons ici quelques documents nouveaux avec l'espoir qu'ils pourront servir à bien préciser la nature de ces phénomènes, en réalité moins rares qu'on ne pense.

L'urticaire interne, prétendons-nous, a pour siège le tube digestif. Aux témoignages fournis déjà par les observations précédentes, nous en joignons d'autres des plus démonstratifs.

Dans la séance du 8 novembre 1872 de la Société médicale des hôpitaux, M. Blachez fait la communication suivante :

Observ. XIV. — Dame de 45 ans, rhumatisante et sujette à l'urticaire sur les points de la peau exposés au plus léger refroidissement. Si elle se lavait les mains à l'eau froide, immédiatement survenait une démangeaison suivie d'un sentiment de brûlure insupportable. Une éruption de larges taches rosées, blanchâtres, à contours festonnés, saillants, se montrait ; les doigts se gonflaient au point de gêner considérablement la flexion. Le phénomène était à son maximum au bout d'un quart d'heure et décroissait à peu près dans le même laps de temps. On pouvait lire en relief les lettres d'un timbre sec appliqué sur sa peau.

Pendant les chaleurs de l'été, elle voulut prendre des glaces, l'ingestion en était rapidement suivie d'une sensation interne suivant le trajet de l'œsophage et qui lui rappelait exactement ce qu'elle éprouvait à la peau. Cette sensation était une douleur brûlante qui s'exaspérait et devenait une véritable angoisse. Il lui semblait que le fond de la gorge se resserrait spasmodiquement. Elle ne pouvait plus avaler et était obligée, pour calmer ses souffrances, de boire quelques cuillerées d'un vin généreux. Elle n'a jamais eu de vomissements.

Observ. XV. — Pringle rapporte le fait suivant [2] : Homme de 51 ans, pendant des années sujet à l'urticaire. L'éruption s'est manifestée plusieurs fois à la bouche, à la langue, au pharynx ; en même temps vomissements de fluide aqueux. Pendant l'année 1880, l'urticaire se répéta presque sans interruption, et tous les deux mois à peu près il y eut des paroxysmes très violents, avec vomissements, durant parfois près de 24 heur amenant le rejet d'une grande quantité de sang pur.

En 1881, 1882 et 1883 accès plus rares, mais plus intenses ; hén

[1] De l'urticaire paludique, *Annales de dermatologie et de syph*, p. 7, t. IV, 1

[2] Recurrent hœmatemesis with urticaria. *Société clinique de Londres* in *the et*, 17 janvier 1885.

mèses très abondantes ; attaques de goutte. La cause ordinaire des accès a été constamment l'impression du froid, auquel le malade est fort sensible.

L'auteur, et avec lui les membres de la Société, ont considéré les hématémèses, dans ce cas, comme l'expression d'une poussée d'urticaire sur la muqueuse de l'estomac.

Observ. XVI (personnelle). — Amélie L., 28 ans, institutrice ; blonde, bien réglée, est très sujette aux coryzas. A part cela, s'est toujours bien portée. A vécu jusqu'en 1878 à la campagne dans les environs de Genève. A cette époque, elle part pour le Perche. Elle y était depuis trois ans lorsqu'elle constate, de temps à autre, sur la surface du corps, des enflures d'une durée de quelques heures qui disparaissent sans laisser de traces, excepté à la plante des pieds où elles se compliquent d'ampoules pleines de sérosité.

Un séjour de deux mois dans son pays natal ne change rien à cet état de choses, malgré un traitement par les bains alcalins, les pilules Vallet et la liqueur de Fowler.

De retour en France, les accidents cessent jusqu'au printemps de 1883. Se trouvant alors en séjour à Meudon, elle est reprise des mêmes phénomènes qui ont continué après sa rentrée définitive en Suisse. C'est à ce moment-là que je vois la malade. Tous les jours, Mlle L. ressent une enflure quelque part ; celle-ci évolue en quelques heures, mais la durée en est abrégée lorsque la malade prend de l'exercice. Elle est accompagnée d'un léger prurit qui se transforme en vives démangeaisons lorsque la malade cède à la tentation de se gratter. La peau devient alors très rouge.

A plusieurs reprises la langue a été le siège de l'enflure qui tantôt occupe l'organe en totalité, tantôt un des côtés seulement. Cette enflure de la langue est visible pour chacun et s'accompagne de picotements et de rougeur. Difficulté à parler ; pas de toux.

Chez Mlle L. l'enflure se manifeste aussi plus bas encore dans la poitrine. Elle éprouve alors une douleur qui lui monte de l'estomac à la gorge tout en s'irradiant dans la partie antérieure du thorax. La déglutition est difficile et douloureuse à cause de la constriction à la gorge. Mlle L. a aussi de la peine à respirer, mais elle se rend parfaitement compte que sa dyspnée est causée par un gonflement intérieur qui s'étend tout le long derrière le sternum et que les poumons n'y sont pour rien. Si la crise a lieu la nuit, la durée des phénomènes est plus grande et ceux-ci sont plus intenses. Ils s'atténuent un peu lorsque la malade quitte son lit.

Aussi Mlle L. remarquant l'heureuse influence du mouvement sur ces tuméfactions, s'applique à prendre beaucoup d'exercice, et cela, semble-t-il, avec succès. Aujourd'hui les enflures extérieures ont à peu près disparu, mais chaque matin en se levant, elle éprouve encore une constriction

ntanée du pharynx qu'elle reconnait pour être une forme atténuée caire interne.

n dans l'alimentation n'a jamais donné l'explication de cet état. En Mlle L avait fait un sèjour au bord de l'Océan, mangeant impuné- de tous les produits de la mer. Elle croit avoir remarqué actuelle- que l'ingestion de jambon, de salade, de fromage favoriserait la ıction des crises éruptives.

'e mort à 76 ans d'hémorragie cérébrale. Mère âgée de 68 ans, e autrefois à de frequentes et fortes migraines, plus rares aujour- . Une de ses sœurs a souffert d'une sciatique pendant quelques an- et un de ses frères aurait eu un eczéma à la face et aux mains.

ERV. XVII (personnelle). — M. G. 18 ans, est un jeune Péruvien nne apparence. Il accuse, comme antécédents morbides, une inflam- n d'intestins et une affection du cœur, attribuée à un traumatisme : violent de la poitrine contre une clé de porte. Il fut longtemps ma- à la suite de cet accident, aurait eu des palpitations et même de l'ana- e. Il parait avoir éprouvé également quelques douleurs articulaires ccentuées. M. G. ne conserve de cet état qu'un souffle systolique de nne intensité.

vais été appelé quelquefois auprès de lui pour des indispositions importance, lorsque, en août dernier, il se plaignit d'éprouver des res locales, changeant de place chaque jour. La peau gonflait, dur- t sous forme de grandes plaques blanchâtres, festonnées de rouge et nt des démangeaisons plus ou moins vives. Il était facile de recon- e l'*urticaire porcelaine* dans ces plaques variant de dimensions s celles d'une pièce d'un franc jusqu'à celles de la main.

rsque le cuir chevelu était envahi, on sentait alors, en passant la sur la tête, un certain nombre de bosses du volume d'une noisette.

m'appela une nuit auprès du malade qu'on avait entendu gémir. Il fort angoissé et se plaignait de ressentir une barre à l'estomac et le du sternum avec sensation de brûlure profonde. Il cherchait à se ger en provoquant des éructations. Pas de toux ; rien de particulier ıscultation qui puisse expliquer la dyspnée. Les mêmes phénomènes pétèrent d'autres fois encore, mais avec moins d'intensité. Le pha- a été pris isolément à plusieurs reprises aussi : les amygdales, la , les piliers étaient alors rouges et œdemateux.

ısieurs fois l'enflure se porta sur la langue qui enfla dans sa totalité, lissant la bouche et offrant une consistance élastique.

e autre fois, c'était la lèvre supérieure qui était tuméfiée comme si ıut été piquée par une guêpe.

ntôt une main, tantôt ou toutes les deux étaient gonflées, tendues, rmettant pas l'impression du doigt ; même chose aux pieds.

fis cesser les bains froids du lac que M. G. prenait par agrément, qui semblaient plutôt exciter l'éruption.

Le malade, que je vis en consultation avec le Dr A. Reverdin, n'a pas cessé jusqu'à présent (novembre 1886) d'être incommodé, dans une certaine mesure, par ses enflures erratiques. Le traitement consistant en bains émollients, bromure de potassium, quinine, sulfate d'atropine, a cependant apporté un peu d'amélioration à cet état.

Ajoutons en terminant que la mère de M. G. est très sujette à la migraine.

Entre les points très intéressants offerts par ce dernier malade, il en est un qui mérite plus spécialement d'être retenu. Nous avons vu que chez lui l'urticaire du cuir chevelu se manifestait sous forme de bosses. Or, il n'est pas très rare de rencontrer des personnes présentant cette particularité, en dehors de tous autres symptômes. La présence de ces bosses assez semblables à des gommes syphilitiques est bien propre à intriguer le clinicien et à le rendre fort perplexe dans le diagnostic à porter.

En pareil cas, on aura à décider s'il s'agit d'une urticaire tubéreuse ou bien de nodosités rhumatismales. On distinguera ces dernières à ce qu'elles paraissent comme adhérentes au périoste. Elles sont aussi plus ou moins douloureuses à la pression et leur durée dépasse de beaucoup celle de l'urticaire qui tout au plus atteint un maximum de deux ou trois jours.

Avant de terminer cette étude, nous désirons placer ici une dernière observation. Elle appartient à notre sujet, bien qu'au premier abord elle semble s'en éloigner ; il s'agit d'une variété d'enflure qui ne nous paraît pas avoir été signalée jusqu'à présent. Nous voulons parler d'un gonflement d'une région étendue du corps sans participation de la peau. Le tégument externe distendu par le gonflement sous-cutané a conservé ses qualités physiques et ne se montre ni épaissi ni infiltré.

Observ. XVIII (personnelle). — Mlle F. 26 ans, bonne santé habituelle, pas de rhumatismes. A été atteinte, il y a 5 ou 6 ans, d'une éruption ortiée à la face après avoir mangé des huîtres. A la même époque à peu près, à la suite d'une longue course à pied, au moment de ses règles, elle remarqua que la cuisse, le flanc et le sein du côté droit avaient augmenté de volume ; elle éprouvait comme une expansion de toute cette région du corps. Cet état, absolument indolent, persista plusieurs jours. Depuis cette époque, Mlle F. a eu plusieurs fois le sein droit gonflé, toujours au moment de ses règles.

En février 1885, elle me consulte pour une tuméfaction de l'avant-bras datant de quatre jours. Je constate que la partie postéro-inférieure de

l'avant-bras du côté gauche est augmentée de volume. La peau n'est pour rien dans ce développement ; elle a conservé sa coloration et son épaisseur normales ; on ne réussit pas facilement à la pincer en raison de la tension sous-jacente. La région ainsi tendue donne l'impression de l'élasticité ; la pression n'y laisse aucune marque. Mlle F. n'a pas de fièvre ; la température locale ne paraît pas augmentée ; l'appétit a un peu diminué. Cette fois-ci le phénomène n'a pas coïncidé avec les règles qui ont cessé depuis huit jours.

Le lendemain le gonflement a diminué. En passant la main sur la partie tuméfiée, on sent comme une sorte d'induration sous-cutanée. Quant à la peau même, elle a conservé sa souplesse et ne participe pas à l'enflure.

Depuis le matin, un nouveau phénomène s'est montré à la partie postérieure du bras au-dessus du coude, sous la forme d'une élevure indurée de la peau, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, sans coloration particulière. Cette enflure qui est nettement cutanée et qui a toute l'apparence d'une plaque d'urticaire tubéreuse, s'efface après une durée de vingt-quatre heures.

Je ne revois Mlle F. qu'en septembre 1886. Elle a passé l'hiver à Nice et l'été à la campagne. Depuis les dernières règles, qui se sont montrées quatre semaines auparavant, elle se plaint d'avoir tout le côté droit du corps plus volumineux que le gauche La peau paraît saine, mais elle est comme distendue par un gonflement interne qui lui donne une certaine résistance à la pression. Cette tension s'arrête en bas au-dessus des malléoles. La main n'est pas sensiblement plus volumineuse à la vue, mais la malade éprouve cependant une certaine gêne à fermer les doigts.

Le sein droit est notablement plus gros que le gauche ; la différence est visible même à travers les vêtements. La tête est libre. La peau a sa coloration normale.

Faradisation du bras droit. Le lendemain tout rentre dans l'ordre.

J'ai revu depuis Mlle F. deux fois à un mois d'intervalle. Le gonflement ne s'était pas reproduit. Les règles n'avaient pas été douloureuses contrairement à ce qu'elles étaient d'habitude. Aussi Mlle F., attribuant ce changement à l'emploi de l'électricité, vient-elle me prier de lui faradiser le bras droit chaque fois qu'elle est sur le point d'être réglée.

La mère de Mlle F. est très migraineuse et présente cette particularité que, au moment de ses crises, il se produit chez elle une procidence très marquée des arcades sourcilières. Les frères et sœurs de Mlle F., au nombre de six, sont bien portants.

Cette observation est incomplète à plus d'un titre et manque de certaines données importantes. Il est très regrettable, par exemple, que les mesures comparatives des membres dans les deux états de santé et de maladie n'aient pas été prises. Malgré ces lacunes, qu'une récidive nous eut permis de combler, on a bien l'impression que dans ce gonflement des tissus, il s'agit

encore d'un trouble d'origine névropathique analogue à celui qui détermine l'urticaire. La tension élastique des membres dans le cas ci-dessus rappelle celle que nous avons rencontrée chez plusieurs des personnes qui font le sujet des observations précédentes. L'éruption ortiée enfin, chez notre malade, s'était dévoilée antérieurement en se montrant sous sa forme vulgaire.

Il n'y a pas longtemps qu'un fait de même ordre, mais sur lequel nous sommes sans autres renseignements, s'est présenté à notre observation : Une hystérique, d'une quarantaine d'années, éprouvait, sous l'influence de causes morales répétées, un gonflement des seins qui durait parfois des semaines, même des mois. Ses seins, qui d'habitude étaient très flasques, devenaient alors fermes et résistants.

Si nous résumons maintenant les traits saillants présentés par les diverses observations qui sont la base de cette étude, nous sommes conduit aux conclusions suivantes :

Entre les formes variées de l'urticaire, il en est une remarquable par les dimensions considérables de ses plaques. Elle a reçu, pour cette raison, le nom d'*urticaire géante.*

L'éruption dans l'urticaire géante peut être limitée à une ou deux plaques seulement, affectant parfois certaines localisations spéciales : les mains, le front, le cou.

Les démangeaisons, que nous regardons en général comme inséparables de toute éruption ortiée, font quelquefois défaut.

L'œdème d'origine névropathique qui constitue l'urticaire est peu dépressible et garde mal l'impression du doigt.

L'absence de ces deux caractères, prurit et empreinte résultant de la pression, n'a donc pas de valeur absolue dans le diagnostic de l'urticaire.

L'urticaire du cuir chevelu se montre sous forme de bosses dures, semblables aux nodosités rhumatismales avec lesquelles elles peuvent être confondues. La production ou la non-production de douleur à la pression, la durée plus ou moins longue des phénomènes permettent, à défaut d'autres signes, de différencier ces deux affections l'une de l'autre.

L'éruption ortiée ne se produit pas seulement sur le tégument externe ; elle est souvent interne et a pour siège la muqueuse du tube digestif, dont elle peut occuper toutes les régions, de la bouche à l'intestin. Les preuves de cette localisation nous sont fournies par le gonflement de la langue et du pharynx,

siège de la douleur le long de l'œsophage et à l'estomac, fin par les troubles digestifs : éructations, vomissements, arrhée.
La localisation de l'urticaire sur le canal alimentaire suffit à pliquer l'anxiété et la dyspnée. L'existence de l'urticaire des onches ne nous paraît pas démontrée.
L'urticaire et la migraine paraissent être en relation d'origine appartenir à une même souche diathésique.

Au moment où ce travail était à l'impression, nous avons çu de M. P. Wertheimer, étudiant en médecine à Paris, un sumé, que, à notre demande, il a bien voulu faire, du mé-oire de N. Guéneau de Mussy cité plus haut[1].
Cet auteur reconnaît la localisation de l'urticaire interne sur muqueuse digestive et rapporte les accès de toux, observés ns certains cas, à la présence de plaques d'urticaire sur le ile du palais, l'isthme du gosier et le pharynx, mais nulle rt il n'est question d'une localisation bronchique de l'urti-ire.
C'est exactement ce que nous avons constaté de notre côté; ssi, en ce qui concerne l'urticaire interne, arrivons-nous aux êmes conclusions que N. Guéneau de Mussy. Que l'on cesse nc de lui attribuer la conception, erronée selon nous, d'une ticaire des bronches,
L'idée d'une localisation de l'urticaire sur la muqueuse bron-ique est d'ailleurs bien antérieure au mémoire de Guéneau Mussy. Elle a été formulée déjà, autant qu'il nous en sou-ent, par Maurice Reynaud. A-t-il été le premier à l'émettre? ous l'ignorons, les recherches bibliographiques que nous ons faites à ce sujet ne nous ayant pas fourni de renseigne-ents précis.
La supposition d'une urticaire des bronches ne nous paraît s soutenable, même au point de vue théorique. En se fixant r la muqueuse pulmonaire, l'urticaire exposerait le malade danger d'asphyxie ; sa propagation à la glotte causerait la ort à coup sûr. Or, le pronostic de l'urticaire interne ne com-rte pas cette gravité.

[1] Considérations sur les endermoses ou affections herpétiques internes, *France dicale*, 1879, nos 17, 25, 26 et 27.

Nouveau procédé pour l'extirpation des ongles incarnés.

Par le Dr H. Secretan.

Les chirurgiens de l'hôpital de Lausanne m'ont engagé à communiquer un procédé d'extirpation des ongles que je leur ai proposé après en avoir fait souvent l'expérience. Ils l'ont trouvé beaucoup plus commode et plus rapide que les procédés ordinaires et ils l'ont adopté.

Je ne l'ai pas trouvé décrit dans les livres et je ne l'ai jamais vu pratiquer ailleurs; s'il n'est pas nouveau, il est en tout cas peu employé.

On introduit entre l'ongle et le derme sous-unguéal, *d'avant en arrière*, la langue triangulaire de la spatule de trousse, la face légèrement concave regardant en haut.

On voit l'instrument progresser sous l'ongle par transparence. Quand la pointe mousse de la spatule est arrivée au niveau de la matrice de l'ongle, on saisit l'ongle entre le pouce de la main qui opère et l'instrument dont on fait basculer l'extrémité engagée en haut et en avant. La spatule agit comme un levier du premier genre qui prend son point d'appui sur l'extrémité du gros orteil, et l'ongle, qui est déjà détaché sur une grande étendue par la progression de l'instrument, est enlevé tout entier sans une bavure de la gouttière unguéale.

L'opération de Dupuytren exige deux instruments et l'opération se fait en trois temps qui ne sont pas toujours très réguliers. En enfonçant la pointe des ciseaux sous l'ongle, on risque de l'enfoncer trop ou trop peu; souvent les pinces saisissent mal chacune des moitiés de l'ongle. Le procédé que je propose ne demande qu'un instrument; l'opération se fait en un seul temps sans risquer de blesser inutilement les parties adjacentes.

Long employait aussi la spatule de trousse; mais il procédait *d'arrière en avant,* décolant d'abord l'ongle de la matrice, avant d'insinuer la spatule et de la faire progresser d'arrière en avant sous l'ongle.

Cette méthode est longue, compliquée, douloureuse, comme le dit Malgaigne et je suis étonné que Long n'ait pas choisi l'autre voie qui permet d'enlever l'ongle tout entier en une seconde.

La spatule de trousse s'adapte si bien à cette énucléation qu'elle semble construite exprès pour cet usage.

REVUE

Deux cas de transfusion sanguine pour anémie chronique,

Par le Dr Givel de Payerne.

Quoique les cas de transfusion sanguine ne rentrent pas dans le domaine des raretés, et qu'on ait déjà beaucoup expérimenté et écrit à ce sujet, je me permets cependant d'attirer l'attention de mes honorés confrères sur deux observations de cas dans lesquels la transfusion du sang m'a donné d'excellents résultats. Il s'agit de deux personnes souffrant d'anémie chronique à un haut degré.

Voici, en quelques mots, l'histoire de ces deux malades :

Observation I. — Le 23 mai 1886 je suis appelé à visiter Mme Emma G., jeune femme dont l'état de faiblesse extrême inspirait depuis longtemps de vives inquiétudes à sa famille.

A mon arrivée je suis frappé de la pâleur cadavérique de la malade qui est couchée sur un divan, et qui se sent incapable de faire le moindre pas dans sa chambre, à cause de vertiges subits.

L'anamnèse donne les renseignements suivants :

Mme G. est âgée de 29 ans. Elle est issue de parents robustes qui sont dans la soixantaine environ. La malade n'a qu'un frère qui jouit d'une bonne santé.

Pendant sa première jeunesse, Mme G. a toujours été un peu lymphatique et anémique. Elle souffre en outre de myopie.

La menstruation a toujours été régulière, le sang menstruel était souvent accompagné d'un flux leucorrhéique assez abondant. La malade a accouché quatre fois, toujours sans intervention médicale, la dernière fois au commencement de mai de cette année; quelques jours après ses couches, légères métrorrhagies entrecoupées de lochies fétides. Pas de complication du côté des organes génitaux. Pendant la dernière grossesse, troubles dyspeptiques attribués à l'anémie et douleurs névralgiques assez violentes dans la poitrine. Depuis longtemps déjà, à suite de chagrins, le moral de Mme G. était passablement d primé. Il survint de la mélancolie et l'anémie progressa rapid ment.

Les médecins consultés avaient déjà fait, maintes fois, usag des toniques et des ferrugineux, mais sans résultat.

Le 23 mai, jour où je visite la malade, son état est le suivant

Extrême pâleur des téguments; toutes les muqueuses son décolorées et exsangues. Etat d'abattement total, émaciation vertiges, nausées. Quelques vomissements muqueux. Static debout impossible vu la grande faiblesse. Appétit nul. Dyspep sie. Constipation. Urine claire sans sucre, ni albumine. Pou filiforme, peu régulier, accéléré (100 à 110 pulsations). Lor

qu'on pique un doigt, le sang ne sort qu'avec peine, sous forme d'un liquide orangé, tachant à peine le linge. Pas de fièvre.

A l'auscultation, souffles anémiques au cœur et dans les gros vaisseaux du cou. Catarrhe bronchique, particulièrement au sommet des poumons.

Rien de particulier à noter touchant les viscères abdominaux. Vue très affaiblie (myopie); éblouissements, mouches volantes, bourdonnements d'oreilles.

Le traitement auquel je soumets la malade consiste en analeptiques sous toutes les formes : Vins généreux, cognac, champagne, bouillon à l'œuf et à la dextrine. Jus de viande, lavements nutritifs composés de bouillon, œufs, cognac ou marsala et jus de viande, lait chaud.

Je revois la malade le 28 mai. Les lavements nutritifs sont bien tolérés, mais les nausées, les vertiges et les syncopes ne cessent pas.

Le 31 mai, la malade a eu plusieurs défaillances. Les ferrugineux même associés aux opiacés, ne sont pas tolérés. L'appétit est languissant; les aliments répugnent à la malade.

Le 1er juin, au matin, l'état d'abattement s'est aggravé. Pendant la nuit Mme G. a eu plusieurs défaillances et vomissements.

En présence de cet état alarmant et redoutant une anémie cérébrale, je propose la *transfusion de sang humain*, mais auparavant je demande une consultation avec mon honorable confrère, M. le Dr Neiss. La consultation a lieu le même jour à 11 h. du matin.

M. Neiss trouve comme moi le cas urgent, l'indication pressante. La transfusion est acceptée par la malade, et décidée pour le jour même à 4 h. de l'après-midi.

Opération. 1er juin à 4 h. du soir. On décide de pratiquer la transfusion *artérielle,* c'est-à-dire d'artère à veine. Dans ce but le mari offre son sang qui est accepté, étant données les excellentes conditions de santé dans lesquelles se trouve ce sujet.

Voici le mode opératoire auquel nous nous arrêtons :

L'artère radiale gauche au-dessus du poignet est mise à découvert chez le mari, sur une longueur d'environ trois centimètres. Une fois le vaisseau convenablement isolé, je passe un double fil de soie au-dessous de lui. Le bout périphérique de l'artère est lié fortement au moyen d'un double nœud. Sous le bout central je passe l'autre extrémité du fil de soie qui servira à brider le vaisseau artériel en exerçant des tractions modérées ayant pour but de diminuer ou d'augmenter à volonté l'écoulement du sang.

Ceci fait, je découvre sur la malade au bras gauche la *veine médiane céphalique,* un peu au-dessus du pli du coude. La veine convenablement isolée sur une longueur d'à peu près deux centimètres, je passe comme précédemment un double fil de soie dont une des moitiés sert à lier le bout périphérique du vaisseau veineux, comme pour l'artère; l'autre est passé sous le bout central et confié à un aide.

23 juin. La malade quoique encore très faible, peut cependant faire quelques pas au jardin.

26 juin. Le pouls s'est amélioré (90 pulsations). La patiente sent que les forces reviennent sensiblement ainsi que l'appétit.

Depuis ce moment je constate de jour en jour un mieux sensible; Mme G. n'a presque plus de vertiges et n'a plus de vomissements; elle peut marcher de mieux en mieux et avec moins de lassitude. L'appétit et les forces augmentent chaque jour.

Etant obligé de m'absenter pour quelques jours je remets la malade aux bons soins de M. le Dr Neiss qui veut bien continuer le traitement.

13 juillet. Après une absence de quinze jours je rends visite à ma cliente qui se sent maintenant *beaucoup* mieux.

L'aspect de Mme G. est actuellement réjouissant : les muqueuses ont repris de la coloration; le teint a perdu l'aspect livide qu'il avait auparavant; le pouls est plus vigoureux et plus calme (80-84 pulsations); l'appétit est excellent, les forces augmentent journellement et Mme G. est à présent capable de faire de petites promenades dans la campagne sans être trop fatiguée au retour.

Je prescris un changement d'air, si possible à la montagne.

J'ai revu Mme G. après son séjour à la montagne, à peu près à la fin du mois d'août. Elle a très bon aspect et a pris un certain embonpoint; elle m'assure qu'elle se sent fort bien, que l'appétit ne fait pas défaut et que les forces se maintiennent. Le visage surtout, auparavant si défait, a repris de la vie et des couleurs; en un mot tout semble attester que les fonctions vitales ont repris le dessus et suivent leur cours normal et habituel. Le pouls est calme, plein et relativement vigoureux pour une femme.

Actuellement (15 novembre 1886), la santé de Mme G. est aussi bonne qu'on peut le désirer.

Obs. II. — Le second cas est encore plus intéressant. Il concerne une femme âgée de 62 ans.

Anamnèse. Issue de parents vigoureux et sains, la malade Mme Jeannette D. a jusqu'ici toujours été en parfaite santé, quoiqu'un travail assez pénible pour une femme ait été constamment sa tâche journalière. Elle a accouché trois fois, toujours normalement : deux de ses enfants vivent et sont en bonne santé; une fille aînée est morte de fièvre typhoïde.

Je vis pour la première fois Mme D. à ma consultation le 5 avril 1886. A première vue, je fus frappé de l'état de pâleur générale de la patiente qui affirme avoir toujours été en bonne santé jusqu'au mois de janvier de cette année, époque où pour la première fois elle ressentit un abattement général, de temps en temps des faiblesses, du vertige et un manque total d'appétit.

Plus tard survint un boursouflement de la face, un léger

cédent en me servant de l'artère radiale au-dessus du poignet, et d'une petite canule de verre bien désinfectée.

Le sang artériel est fourni par un jeune homme vigoureux, âgé de 23 ans, domicilié à la colonie agricole de Payerne. Je remercie ici M. Baud, directeur de cet établissement de travail, pour son amabilité à notre égard.

Inutile de répéter ici les détails du procédé opératoire qui est exactement le même que celui adopté dans le cas précédent. Il suffit de dire que, la transfusion terminée, l'opérée éprouve une sensation de chaleur dans tout le corps.

4 juin. La malade a bien dormi.

6 juin. L'œdème du visage et des extrémités est toujours très prononcé.

7 juin. Ordonnance : Liq. Kal. arsenicos. et Ferr. oxyd. sacch.

Un examen de l'urine décèle une quantité d'albumine assez notable. Pas de sucre.

9 juin. L'œdème augmente et envahit les cuisses qui deviennent énormes. L'urine renferme *beaucoup* d'albumine. La patiente est très abattue et garde le lit. Les jambes sont enveloppées de bandes de flanelle. On craint une néphrite. Je prescris champagne et asti mousseux à hautes doses, de la viande presque crue et du bouillon.

11 juin. Les sutures sont enlevées. La plaie est guérie par première intention.

13 juin. L'état de la malade est toujours très alarmant, vu la persistance de l'albuminurie et la déchéance vitale. Impossible à M^me^ D. de faire un pas, vu son extrême faiblesse.

15 juin. Les parois du ventre s'œdématient légèrement. L'abdomen est toujours ballonné.

18 juin. Aujourd'hui je constate une diminution notable de l'albumine dans l'urine. M^me^ D. semble se trouver un peu mieux.

23 juin. Toujours un mieux sensible. L'albumine a *totalement* disparu de l'urine; l'œdème des extrémités tend aussi à diminuer. L'appétit et les forces reviennent peu à peu.

26 juin. Pour cause de départ, je confie la malade dès ce jour aux soins de M. le D^r^ Neiss, qui a la complaisance de continuer les visites.

13 juillet. A mon retour je visite M^me^ D. dont l'état est des plus satisfaisants. Je la trouve debout, alerte et vive, et s'occupant activement de son ménage. Le visage et toutes les muqueuses ont repris des couleurs. L'appétit est excellent. Le vertige et les nausées ont disparu, de même que l'œdème des membres. L'urine est sans albumine; la soif n'est pas impérieuse comme auparavant et la convalescente sent une « nouvelle vie circuler en elle, » d'après son expression.

L'état des forces est excellent.

Il est recommandé à M^me^ D. un exercice modéré, surtout en

M. le Président lit ensuite une lettre de la Société pour le développement de Lausanne relative à la location de l'ancien Casino. La Société charge le Comité d'étudier la question.

M. Neiss raconte deux *transfusions* sanguines qu'il a faites dernièrement avec M. Givel. Dans les deux cas l'artère radiale a été mise en communication avec une des veines du pli du coude au moyen d'un petit tube de verre (voir p. 760).

M. Mercanton croit qu'il faudrait modifier le tube et prendre quelque chose de plus solide que les tubes à vaccin qui ont servi à M. Neiss.

M. Roux pense qu'on peut introduire l'artère directement dans la veine du malade. Il est décidé, si l'occasion s'en présente, à essayer ce procédé qui aura l'avantage d'éviter la désinfection du tube de communication et mettra complètement à l'abri de la coagulation.

M. Herzen parle des moyens de ralentir la coagulation du sang. Le plus simple consiste à humecter les parois du récipient d'une mince couche de glycérine.

M. Mercanton présente trois opérés :

Il s'agit d'abord d'un enfant de six mois qui portait une *fissure labio-palatine bilatérale*, avec saillie énorme de l'os intermaxillaire. Le tubercule intermaxillaire a été rabattu en arrière après l'ablation d'un segment triangulaire du vomer (excision sous-périostée). Puis la lèvre et les narines reconstituées par une combinaison des procédés de Sédillot et de Mirault. Les deux opérations pratiquées en une seule séance.

Le second malade est une femme à laquelle il a extirpé un *polype retro-pharyngien*, formé de tissu adénoïde. Opération par staphylotomie d'après Nélaton : incision du voile du palais sur la ligne médiane, deuxième incision transversale au niveau de l'insertion des palatins au maxillaire ; résection des os palatins avec la gouge et le maillet. Extirpation de la tumeur par arrachement, puis cautérisation au Paquelin. Suture de la plaie du palais. Guérison complète en 10 jours.

Le troisième cas est une fille de 25 ans qui a subi l'*uranoplastie*, d'après la méthode de Langenbeck, pour une perforation du palais d'origine syphilitique.

M. Buttin présente des pastilles de chlorate de potasse comprimées et démontre une nouvelle méthode pour reconnaître la présence du sucre dans l'urine (voir p. 707).

M. Dind parle de la recherche du sucre au moyen de la phénylhydracine qu'il a vu pratiquée à Vienne.

M. Dupont décrit une *extirpation du larynx* qu'il a faite il y a quelques jours à l'hôpital cantonal. (Paraîtra dans la *Revue*.)

M. Roux offre à M. Dupont une canule de phonation. La canule de Trendelenburg possède rarement un calibre suffisant. Le procédé qui consiste à commencer l'extirpation par en bas est très avantageux ; on risque moins de voir le sang pénétrer dans la trachée. Il est très important de suturer à la peau l'extrémité libre de la trachée, cela permet de la main-

tenir en dehors de l'axe de la plaie
trachée derrière le sternum. En cha
heures on diminue considérablemen
ponnement post-opératoire de la tra
Si le malade vomit il faut s'empress
malades auxquels on a laissé l'epigl

M. Mercanton demande si la ca
coud l'extrémité de la trachée à la p

M. Roux fait observer que la plai
linéaire ; la lumière de l'orifice trac
n'y introduisait pas une canule.

M. O. Rapin se demande si l'on
trachée dans une boutonnière cutan
ainsi l'écoulement des liquides dans

M. Dupont dit qu'il n'y a pas ass
nière et pas une longueur de trachée
cer latéralement. L'extrémité libre
chette du sternum.

M. Hri Secretan décrit un nou
ongles incarnés (voir p. 759).

M. Roux ne conteste pas au proc
la rapidité, mais il le croit aussi dou
à l'abri de la récidive.

M. Mercanton trouve le procéd
faut pratiquer l'excision de la matri

L

—

SOCIÉTÉ MÉDIC

Séance du 3

Présidence de

M. Julliard présente un malade
nier, une *résection de l'intestin* (ent
nature, qui avait été établi pour u
malade, il décrit les procédés qu'il

M. V. Gautier demande sur qu
une fois qu'il l'a sorti de l'abdomen

M. Julliard dit qu'il le laisse s'a
ventre ; les éponges qu'il introduit
dehors, ne sont destinées qu'à emp
cavité abdominale.

M. Laskowski demande quelque
pratique sur le gros intestin.

M. Julliard l'a faite une fois sur le colon droit, il a eu un peu de peine à sortir l'intestin à cause de la brièveté du mésentère et en outre l'on a assez de difficulté à reconnaître exactement la limite qui sépare l'intestin de son mésentère.

M. le Dr Gerlier (Fernex), membre correspondant, lit une note sur une épidémie de vertige, qu'il appelle *Vertige ptosique*, et qu'il a observée pendant l'été dernier; il en avait déjà vu quelques cas pendant l'été de 1885. (Paraîtra dans la *Revue*.)

M. Haltenhoff a vu un des malades de M. Gerlier, c'était un homme de 30 ans, paraissant robuste; il présentait tous les symptômes décrits par M. Gerlier, et était atteint en outre d'amblyopie de l'œil droit; l'examen ophtalmoscopique n'a pas révélé de différence entre les deux yeux. Au bout de quinze jours de repos, d'usage d'iodure de potassium, du lait et de la suppression du vin, l'acuité visuelle de l'œil droit revint à son état normal. Ce malade paraissait surtout surmené, et M. Haltenhoff n'avait pas fait de diagnostic exact sur la nature de la maladie.

M. Revillion a vu le malade dont vient de parler M. Haltenhoff; au moment où il est entré dans son service à l'hôpital, cet homme ne présentait plus des accidents très marqués; il se plaignait d'un peu de faiblesse des jambes, mais surtout avait une très grande crainte de voir revenir les premiers signes de sa maladie. Cet homme était un chiqueur, et au premier moment, M. Revilliod a cru pouvoir attribuer à l'intoxication par le tabac les accidents qu'il avait présentés, mais un examen attentif, ainsi que la description donnée par M. Gerlier ne permettent pas d'admettre cette hypothèse.

M. Picot a traité au Prieuré un des malades de M. Gerlier; c'était un berger qui se plaignait surtout d'être dans l'impossibilité d'accomplir les mouvements voulus pour traire ses vaches. Cet homme n'est resté que trois jours à l'hôpital. M. Picot avait pensé à l'existence d'une maladie analogue à la crampe des écrivains, que l'on aurait pu appeler crampe des bergers.

M. Ladame désirerait avoir des renseignements sur les antécédents personnels et héréditaires des dix malades de M. Gerlier, ainsi que sur les communications qu'ils ont pu avoir entre eux; il serait assez disposé à croire à l'existence d'une sorte d'épidémie mentale.

M. Martin a vu un cas semblable à ceux de M. Gerlier; l'ouvrier atteint incriminait dans ce cas, comme cause de sa maladie, le vin qu'on lui donnait.

M. Gœtz ne voit d'analogue à l'épidémie qui vient d'être décrite, que le vertige stomacal, mais certainement, il n'y a pas identité entre ces deux affections. L'influence des grandes quantités de liquides divers qu'ingèrent les ouvriers de la campagne en été, n'est peut-être pas indifférente; en outre, M. Gœtz désirerait savoir s'il y a eu des troubles mentaux.

M. Gerlier a toujours trouvé l'intelligence intacte, cependant un des

malade, au malade lui-même et aux nombreux médecins qui l'avaient examiné depuis huit ans.

Trop souvent l'altération des muscles de la face, caractère pathognomique de l'affection myopathique de l'enfance, passe inaperçue, contrairement à ce qui arrive pour les muscles des membres.

Voici le résumé succinct de l'observation de Ladame, tel qu'il le donne lui-même en tête de l'observation :

Jeune homme âgé de 20 ans. Grand-père paternel mort à l'âge de 45 ans d'une atrophie musculaire. Pas d'autre cas dans la famille. Mère atteinte de la maladie de Basedow. Début reconnu à l'âge de 13 ans par les muscles de l'épaule droite. Une année après, l'atrophie comprenait l'épaule et le bras droit, les muscles de la cuisse du même côté et s'étendait aussi à gauche. L'atrophie des muscles de la face a passé complètement inaperçue. Elle a précédé l'atrophie musculaire des membres et du tronc, si l'on s'en rapporte aux renseignements donnés par la famille sur l'occlusion incomplète des yeux pendant le sommeil et le rire particulier du malade. Le type facio-scapulo-huméral ne fut découvert que par une recherche spéciale et n'aurait pas été reconnu si l'on n'y avait pas prêté une attention particulière. Intégrité complète des muscles de la langue, du pharynx et du larynx. Intégrité des masticateurs (masseter, temporal et ptérygoïdiens). Intégrité complète des muscles moteurs de l'œil et du releveur de la paupière, du diaphragme et des intercostaux. Pas de paralysie appréciable des muscles atrophiés ; les mouvements ne sont gênés qu'en raison du degré d'atrophie des fibres musculaires. Pas d'hypertrophie musculaire. Pas de contractions fibrillaires. Diminution de la contractilité faradique et galvanique proportionnellement au degré de l'atrophie. Pas de réaction de dégénérescence (RD). Abolition des réflexes tendineux. Conservation des réflexes cutanés. Intégrité des sphincters. Jamais de troubles de la sensibilité, ni des sens spéciaux ; jamais de douleurs dans les muscles. Marche très lente de la maladie sans changement appréciable d'une année à l'autre. Amélioration de plusieurs mouvements par le massage et la galvano-faradisation.

L'auteur insiste sur le traitement qu'il a employé et qui semble après six semaines avoir déjà amené une amélioration notable, il a consisté surtout dans le massage et la galvano-faradisation d'après le procédé indiqué par de Watteville, en faisant passer le courant induit et le courant galvanique dans le même fil et dans la même direction.

La nature purement musculaire de la maladie étant établie, ajoute Ladame, la thérapeutique qu'on peut lui opposer est désormais fixée. Contre une affection musculaire, c'est au muscle lui-même que devront toujours s'adresser les agents thérapeutiques modificateurs et parmi eux l'auteur ne connaît pas de meilleure méthode que celle qu'il indique, savoir l'emploi combiné des courants d'induction et des courants continus.

J.-L. P.

—

l'auteur donne une description anatomique très complète de 38 cas d'épaississement ou d'ulcération chronique de cet organe, observés sur 224 autopsies faites au laboratoire d'anatomie pathologique de Genève dirigé par M. le prof. Zahn ; puis il expose sous forme résumée les altérations qu'il a constatées et leur pathogénie et termine par les conclusions suivantes :

1° L'ulcération chronique de la valvule tricuspide n'est pas une affection rare. — 2° Cette affection n'est pas primitive, elle est toujours secondaire à une lésion qui amène, au moins pendant un certain temps, une augmentation de la pression dans l'artère pulmonaire. — 3° Elle n'est pas le reliquat d'une endocardite aiguë. — 4° Elle s'observe principalement à un âge avancé. — 5° Elle constitue un signe anatomique de l'insuffisance tricuspidienne. C. P.

—

E. Périer. Guide des mères et des nourrices, in-8° de 250 p. avec fig. Paris, 1886. J.-B. Baillière.

Ce livre est un ouvrage de vulgarisation principalement destiné aux mères de famille ; il renferme d'utiles conseils pour les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement et d'excellentes directions sur les soins à donner aux petits enfants (vêtements, propreté, allaitement, sevrage, dentition, etc.). Un dernier chapitre est consacré à la médecine d'urgence. L'auteur combat les préjugés absurdes trop souvent répandus chez les gens du monde, qu'il remplace par les préceptes d'une hygiène rationnelle et scientifique bien entendue. C. P.

—

Masius, prof., Closson et Schiffers, assistants. Annales de la clinique interne de l'Université de Liège, 1 vol. in-8° avec planches dans le texte. Liège, 1886. Vaillant Carmanne.

Cet ouvrage est un exposé des cas au nombre de 2687 qui ont été traités à la clinique interne de Liège, de mars 1877 à juin 1882, suivi d'un court aperçu sur la policlinique. La première partie est consacrée à des tableaux statistiques relatifs au mouvement des malades. Dans la seconde partie, que tous les cliniciens liront avec fruit, les auteurs rapportent, à propos de chaque affection, les observations des cas les plus intéressants traités à la clinique et les résultats des diverses médications qui ont été employées. On comprend qu'un pareil travail ne se prête guère à l'analyse, il doit être consulté dans son entier, mais il n'est pas besoin d'en faire ressortir l'utilité, et il serait à désirer qu'une publication semblable fut faite dans toutes les cliniques ; c'est là en effet que les cas sont observés dans les meilleures conditions d'exactitude et d'impartialité, en présence d'un public apte à tout contrôler, et la réunion de tous ces faits constituerait la base la plus sûre pour l'étude des maladies et de leur

cet ouvrage, c'est que l'auteur parle surtout de ce qu'il a vu et expérimenté par lui-même, sans grand exposé de recherches bibliographiques, mais il se montre médecin aussi instruit qu'expérimenté. C. P.

—

L. Landouzy. Notes sur le facies myopathique et sa valeur dans la sémiotique de l'enfant et de l'adulte, avec 3 fig. ext. des *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris,* 1886.

L'auteur présente quelques malades (dont trois photographiés) atteints, à des degrés divers, d'atrophie musculaire progressive avec atrophie des muscles de la face, et ayant tous un facies spécial qu'il appelle *facies myopathique*. Ce facies est caractérisé par une physionomie bizarre, froide et chagrine et un peu niaise, la bouche est élargie, les lèvres presque toujours asymétriques, écartées et saillantes, le front est remarquablement lisse, les yeux sont très ouverts, de là un regard étrange, surtout quand la fente palpébrale est asymétrique, les paupières ne se ferment qu'incomplètement dans le sommeil. Ces caractères s'exagèrent d'une façon saisissante dans les jeux de physionomie ; la fente buccale s'élargit démesurément, la lèvre inférieure est en retrait sous la supérieure, le parler et le rire ont quelque chose de triste et de bête, la bouche s'élargissant en travers et en bas, et les parties supérieures du visage restant immobiles ; le malade ne peut siffler, souffler une bougie, fermer complètement les paupières ou rider son front. Ce facies est d'une grande importance sémiologique, il permet de reconnaître l'amyotrophie faciale et l'existence d'une maladie qui menace tout ou partie du système musculaire de la vie de relation. C'est parce qu'on a méconnu l'importance de ce signe qu'on considérait comme si rares les atrophies progressives avec participation de la face, le type facio-scapulo-huméral, dont l'auteur a cependant fait connaître avec M. Dejerine six cas et dont plusieurs autres cas ont été récemment publiés par Charcot, Ladame, etc. M. Landouzy estime au contraire que ce type est peut-être une des formes les plus fréquentes de la dystrophie musculaire, et que la connaissance du facies myopathique permettra de le dépister dans bien des cas où il resterait sans cela méconnu. C. P.

—

Index-catalogue of the library of the Surgeon-General'office, U. S. Army. Vol. VII, 1886. Washington.

Le nouveau volume de cette superbe publication, dirigée par M. le Dr Billings (voir cette *Revue*, 1885, p. 768), s'étend du milieu de la lettre I au commencement de la lettre L. Il renferme l'indication de 14,688 noms d'auteurs représentant 5987 volumes et 12,372 brochures, et les titres de 6371 volumes ou brochures et de 34,904 articles de périodiques. Il donne en outre l'indication des publications médicales périodiques du monde entier avec les abréviations par lesquelles elles sont désignées dans l'Index. C. P.

chirurgie, sur la proposition de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine de Turin, ses nombreuses et consciencieuses publications, ses succès comme opérateur, lui avaient acquis dans sa ville natale, en Italie et à l'étranger, une réputation scientifique bien méritée ; son caractère droit, ses qualités morales lui avaient fait bien des amis. Également instruit dans toutes les branches de la chirurgie qu'il cultivait avec ardeur, il s'était plus spécialement voué dans ces dernières années à la chirurgie orthopédique, comme en font foi ses travaux sur l'ostéotomie sous-trochantérienne, la résection au ciseau dans les ankyloses de la hanche, le traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche, l'ostéotomie et l'ostéoclasie dans le genu valgum, les déviations rachitiques, les cals vicieux, etc. En 1884, il avait fondé avec le Dr P. Panzeri l'*Archivio di ortopedia*. Sa mort est une perte pour son pays et pour la science chirurgicale.

—

Caisse de secours des médecins suisses. — Reçu en novembre 1886 :

Appenzell. — Soc. méd. du Canton d'Appenzell (IIme don), 100 fr. (100+360=460.)
Bâle-Campagne. — Drs Rippmann, 20 fr.; Schmidlin, 10 fr. (30+315=345).
Berne. — Drs Frey, 10 fr.; Mützenberg, 20 fr. (30+3804=3834).
Saint-Gall. — Soc. méd. du Canton de St-Gall, 500 fr. (500+2090=2590).
Grisons. — Drs Kellenberger (IIme), 20 fr.; Killias (IIIme), 10 fr. (30+985=1015.)
Zoug. — Dr Hegglin (IIme), 20 fr. (20+255=275.)
Zurich. — Dr Hess (IIIme), 10 fr. (10+5493=5503.)
Total : 720 + 27,732 des listes précédentes = 28,452 fr.

Bâle, 1er décembre 1886. *Le Trésorier :* A. Baader.

Maladies infectieuses signalées au Bureau de Police sanitaire du canton de Vaud.

NOVEMBRE 1886.		Fièvre typhoïde.	Fièvre puerpérale.	Variole.	Varioloïde.	Scarlatine.	Rougeole.	Croup.	Diphthérie pharyngienne.
DISTRICTS	COMMUNES	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.
Lausanne.	Lausanne	3	....	....	....	1	1	....	....
	Renens	1	....	....	....	....	....	....	....
	Prilly	....	....	....	....	1	....	....	....
Cossonay.	La Sarraz	3	....	....	....	....	....	....	....
	Chevilly	7	....	....	....	....	....	....	....
Lavaux...	Riez	1	....	....	....	....	....	....	....
Morges...	Morges	....	....	....	....	1	....	....	....
Moudon..	Villars-le-Comte	....	....	....	....	1	....	....	....
Orbe.....	Vallorbes	2	....	....	....	....	....	....	....
Rolle....	Perroy	....	....	....	....	1	....	....	....
Vevey....	Le Châtelard	....	1	....	....	....	....	....	....
	Totaux...	17	1	....	....	5	1	....	....

DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES ET PRÉDOMINANTES

DANS QUELQUES AUTRES VILLES SUISSES

D'après les chiffres des Bulletins hebdomadaires du Bureau fédéral de statistique.

Du 31 octobre au 27 novembre 1886 (4 semaines).

VILLES SUISSES de plus de 10,000 habits	Population calculée 1er juillet 1886	Total des décès.	Variole.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie et croup.	Coqueluche.	Fièvre typhoïde et typhus.	Infection puerpérale.	Phtisie pulmonaire.	Affections respir. aiguës.	Entérite des jeunes enfants.	Autres causes.
Zurich agglomération	87,689	103	....	....	....	3.	....	1.	....	21.	7.	5.	66.
Bâle.....	70,647	104	....	1.	....	2.	2.	1.	1.	19.	2.	11.	65.
Berne	48,601	65	....	....	....	1.	3.	....	....	14.	4.	4.	39.
Chaux-de-F.	23,866	27	....	....	....	3.	....	....	....	2.	5.	1.	16.
Saint-Gall...	24,097	42	....	....	....	....	1.	....	....	6.	5.	4.	26.
Lucerne....	19,707	22	....	....	....	1.	...	....	....	2.	1.	....	18.
Neuchâtel ..	16,891	25	....	....	....	....	1.	1.	....	6.	....	2.	15.
Winterthour	15,935	19	....	....	....	....	....	1.	....	4.	1.	....	13.
Bienne.....	13,583	23	....	....	....	1.	1.	....	....	4.	6.	4.	7.
Schaffhouse.	12,628	15	....	....	....	....	....	....	....	....	1.	2.	12.
Hérisau....	11,838	15	....	....	....	1.	....	1.	....	2.	3.	2.	6.
Locle.....	10,537	14	....	....	....	....	1.	....	....	1.	1.	....	11.
ENSEMBLE [1].	72,280	655	....	5.	....	12.	10.	7.	3.	112.	52.	48.	406 [2]
4 semaines précédentes		*632*	....	....	....	*7.*	*9.*	*14.*	*1.*	*81.*	*39.*	*87.*	*394.*

[1] Y compris Genève, Lausanne et Fribourg.

Pendant la même période et dans les mêmes villes il a été enregistré :

Naissances 948 Mort-nés 30

[2] Dans ce nombre sont comptés les décès suivants par :

Vice organique du cœur	26	Accident	9
Apoplexie	35	Suicide	13
Érysipèle	0	Homicide	0

Electrique. Résistance — du corps humain, 601.
Electriques. Bains —, 588.
Electrolyse dans tum. érectiles, 306, 445.
Embaumements, 522 B.
Enfants. Maladies des —, 639 B.
Epilepsie, 699, traitée par hydrothérapie et bromures, 192.
Epiphyse du fémur. Disjonction de l'—, 291.
Erésypèle, influence sur les maladies des yeux, 632.
Etudiants en méd. de la Suisse, 60, 600.
Exostoses du fémur, 162.

F

Fémur. Fracture du col du —, 249, disjonction de l'épiphyse du —, 291.
Fibroïde utérin, laparatomie, 305.
Fièvre typhoïde, 177, à la campagne, 5, 65, à Zurich, 52, 117, trait. par bains froids, 65, 127 B.
Fissure labio-palatine bilatérale, 767.
Fistule parotidienne, 97, 117.
Folia Cheken, 700.
Fougère mâle, 449.
Fractures du col du fémur étudiées exp., 249.
Fruits morts retenus dans l'utérus, 278.

G

Galvanocaustique, dans métrite, 642 B, dans tum. utérines, 705.
Goitre, cancéreux 520, kystique, 591; *voir* Thyroïdectomie.
Grossesse prolongée, 523 B.
Gyrus sigmoïde, extirpation, 305.

H

Hémiplégie et pneumonie, 285.
Hémorragie, dans leucémie, 114, 197, dans ponction d'ascite, 703.
Hérédité dans maladies nerveuses, 238 B
Hernie inguinale oblique, puis directe, 232.
Hernies diaphragmatiques, 700.
Histologie. Guide technique d'—, 638 B.
Hydramnios, anencéphalie, 153.
Hydrocéphalie dans syph. héréd., 713.
Hydrothérapie et bromures dans épilepsie, 192.
Hystérie traumatique, 591, 735.

I

Index-catalogue, 775 B.
Injections. Inconvénients des — dans blennorrhagie, 621.
Intestinale. Résection —, 594, 633, 768.
Intussusception, 632.
Insuffisance tricuspide. Signe d'—, 451 B, 703.

J

Jumeaux. Auscultation simultanée de fœtus —, 306, 690.

K

Kyste hydatique guéri par une seule ponction, urticaire, 103.

L

Langue. Cancer de la —, 587.
Laparotomie, pour rupt. de l'utérus, 626, pour fibroïde utérin, 305.
Larynx. Extirpation du —, 767.
Leucémie compliquée d'hémorragie, 111, 197.
Leysin et cure d'hiver, 554.
Liatris odoratissima, 701.
Lichen plan, manifest. buccales, 360.
Liège. Annales de clin. de l'Univ. de —, 773 B.
Luchsinger. Mort du Dr —, 131.
Luxation, sous-coracoïdienne, 699, sous-épineuse, 116, ext. sup. du radius, 395 B.
Lymphosarcones des os, 580.

M

Machine à fraiser, 111.
Maladies des org. génit. de la femme, 313 B.
Margary. Mort du Dr —, 776.
Massage, 27, 82, 145.
Mélanosarcome, 105.
Méningocèle, 632.
Menstruation déviée, 232.
Mères Guide des —, 773 B.
Métrite traitée par galvanocaustique, 642 B.
Microbes, et maladies, 598 B, dans broncho. pn. dipht., 59 B, du choléra, 117.
Microcéphale, 233.
Microscope, 117.
Microscopie clinique. Atlas de —, 772 B.
Moelle, distrib. des faisceaux, 593, section exp. 176, cordon ant. lat. 529, fonction dite psychique de la —, 432.
Morphinisme, 448.
Muret. Mort du Dr H. —, 776.
Musculaire. Irritabilité —, 772 B.
Myopathie atrophique progressive, 770 B.
Myopathique. Facies —, 775 B.

Urticaire, suite de kyste hydatique, 103, formes rares d'—, 673, 746.
Utérus. Cancer de l'— traité par méthode Vulliet, 441. Rupture de l'—, 626. Hémorragies de l'—, 774 B.

V

Vaginale. Sarcome de la tunique — chez enfant, 205.
Valvule tricuspide. Ulcérations c —, 772 B.
Varicocèle, opération d'Hortelou
Variole, 304, 319, 450, 528.
Vésicule biliaire. Faradisation 701.
Vénériennes. Maladies —, 128
Vertige ptosique, 769.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEUR

Les noms en *italiques* sont ceux des auteurs des articles an à la Bibliographie.

A

Albertoni, 597.
Albrecht, 460.
Andina, 440.
Apostoli, 642.

B

Baader, 131.
Ballet, 239.
Ballivet, 5, 65.
Billroth, 707.
Binet (P.), 510.
Bircher, 311.
Blanchard, 281.
Bonnard, 112.
Boesart, 448
Bouveret, 127.
Bugnion, 175, 233, 519, 634.
Buman, 232.
Burckhardt (G.), 51, 691, 698, 735.
Buttin, 700, 707, 767.

C

Cérenville (de), 175, 321, 401, 457, 594
Chenevière, 371.
Closson, 773.
Combe, 521.
Crookshank, 638.
Cuénod, 632.

D

Dardel, 116, 449, 597.
Darier, 58.
Dejerine, 238.
De la Harpe, 301
D'Espine, 371, 388, 584, 585, 594.
D'Espine, 58.
Dubois, 601.
Dufour (M.), 113, 175, 632, 694.
Dupont, 305, 702, 767.

E

Eternod, 638.
Exchaquet, 113.

F

Favre, 285, 626.
Ferrière, 684.
Fol, 117, 591.
Francotte, 635.
Froelich, 129, 389, 498.
Frutiger, 150.

G

Gautier (L.), 185.
Gautier (V.), 693.
Gerber, 769.
Gilbert, 415.
Girard, 393, 482, 592.
Givel, 760.
Glatz, 192, 307.
Godet, 448
Goetz, 153, 704.
Gosse, 576.

H

Haltenhoff, 42.
Henry, 450.
Herzen, 176, 305.
Herzen, 310, 39
His, 593.

J

Jacottet, 115.
James, 313.
Jeandin, 178.
Jullard, 594, 63
Jullien, 128.

L

Ladame, 770.
Landouzy, 775.
Lardy, 249.
Laskowski, 117.
Laskowski, 522.
Leichtenstern, 63
Lépine, 512.
Lœwenthal (N.), 305, 520, 529
Lombard (H.-Cl.), 388, 683.

Long, 37.
Lutz, 634, 637.

M

Margary, 312.
Martin (E.), 97, 177.
Martin (H.), 112.
Masius, 685, 773.
Mannoir, 703.
Mayor (A.), 97, 105, 162, 205, 308, 360, 379, 445, 580, 690, 704.
Mehlem, 588.
Menche, 635.
Mercanton, 520, 767.
Merle, 313.
Mermod, 387.
Monakow (von), 589.
Monoorvo, 393.
Montmollin (H. de), 449, 596, 698.
Morax, 57.
Morgenstern, 58.
Morraes-Barros, 395.

N

Neiss, 631, 767.
Neukomm, 389.
Nicolas, 52, 117, 449, 693.

O

Oltramare, 128, 621.
Oppler, 1 9.

P

Paris, 488.
Pasteur (A.), 387
Pasteur (W.), 4
Pautry, 360.
Pégaitaz, 232.
Péri
Pert
Peye
Piec
Prev

Rap
Rap
Reu
Rep
Rev
8
Rev
2
Rev
Rev
Rey
Rob
Rog
Ros
Rou
Rou
1

Sag
San

Secretan (H.), 759, 769.
Secretan (L.), 56, 174, 58